

**UNIVERSIDAD NACIONAL MAYOR DE SAN MARCOS**

FACULTAD DE MEDICINA HUMANA

E.A.P DE MEDICINA HUMANA

**Violencia basada en género y depresión post-parto en  
el Hospital San Bartolomé:**

Lima-Perú

TESIS

para optar el título profesional de Médico Cirujano

AUTOR

Juan Manuel Escobar Montalvo

ASESOR

Percy Pacora Portella

**Lima – Perú**

**2008**

# ÍNDICE TEMÁTICO

DEDICATORIA	4
AGRADECIMIENTOS	5
RESUMEN	6 - 9
INTRODUCCIÓN	10
CAPÍTULO I. PROBLEMA DE LA INVESTIGACIÓN	11
1.1 FORMULACIÓN DEL PROBLEMA	11
1.2 OBJETIVOS	11
1.3 HIPÓTESIS	11
1.4 JUSTIFICACIÓN E IMPORTANCIA DE LA INVESTIGACIÓN	11 - 12
CAPÍTULO II. MARCO TEÓRICO	12 - 17
CAPÍTULO III. METODOLOGÍA	18 – 19
3.1 TIPO DE ESTUDIO	18
3.2 ÁREA DE ESTUDIO	18
3.3 NÚMERO DE MUESTRA Y TIPO DE MUESTREO	19
3.4 CRITERIOS DE INCLUSIÓN Y EXCLUSIÓN	19
3.5 OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES	19 - 22
3.6 TÉCNICA DE RECOLECCIÓN DE DATOS	23
3.7 ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE DATOS	23
3.8 ASPECTOS ÉTICOS	24
CAPÍTULO IV. RESULTADOS	24 - 26
CAPÍTULO V. DISCUSIÓN	26 - 28
CONCLUSIONES	28
RECOMENDACIONES	29
BIBLIOGRAFÍA	30 - 32

## ANEXOS

ANEXO N° 1: Cuestionario de datos generales de la madre	34
ANEXO N° 2: Escala de Depresión Post-Natal de Edimburgo	35
ANEXO N° 3: Inventario Revisado de Predictores de Depresión Post-Parto de Beck	36 – 38
ANEXO N° 4: Instrumento de detección de violencia de género	39 – 40
ANEXO N° 5: Consentimiento informado	41
ANEXO N° 6: Variables sociodemográficas de la madre	42 – 44
ANEXO N° 7: Planificación del embarazo y tipo de parto	45 – 46
ANEXO N° 8: Estado afectivo antes durante y después de la gestación	47 – 51
ANEXO N° 9: Soporte social, satisfacción marital, problemas con el cuidado y el comportamiento del bebé	52 – 54
ANEXO N° 10: Depresión post-parto	55 – 82
ANEXO N° 11: Violencia basada en género	83 – 98
ANEXO N° 12: Violencia basada en género y Depresión post-parto	99 - 110

## **DEDICATORIA:**

A Manuel Antonio, mi padre  
quien me mostró algo más que Brillantez  
y a Lucila, mi madre por darme  
el buen carácter, ese que no deja darme por vencido  
por los caminos que recorro

## **AGRADECIMIENTO:**

Al Dr. Roger Ramos Aliaga, por la mejor lección de investigación  
que he recibido hasta el momento  
A Doña Armida Quiñones y a Don Pedro Ortiz por ser más que guías  
durante todos estos años de carrera médica  
Al Dr. Nilton Custodio por enseñarme la Filantropía Científica  
Al Dr. José Castro por iniciarme en el camino de la Publicación Científica  
Al Dr. Percy Pacora, por su invaluable ayuda siendo  
asesor en esta investigación  
A Abigail, Nati, Edith y Ana, por su apoyo invaluable  
en la realización del presente estudio  
Y especialmente a todas las pacientes que participaron en esta  
investigación, abriendo sus mentes y confiando sus emociones con la  
finalidad de ser escuchadas

## **RESUMEN**

### **OBJETIVO**

El objetivo principal del presente estudio fue determinar la asociación existente entre la Violencia Basada en Género y la Depresión Post-Parto en el Hospital San Bartolomé; así mismo, se describieron los factores predictores de depresión post-parto y las características sociodemográficas y del parto de las púerperas participantes del estudio.

### **METODOLOGÍA**

El tipo de estudio fue observacional de corte transversal, cuyo número de muestra fue constituida por 100 mujeres de 1-12 meses de tiempo puerperal. A quienes se les aplicó, previa firma de consentimiento informado, una ficha de datos sociodemográfica y del parto, la Escala de Depresión Post-Natal de Edimburgo (EDPE), el Inventario Revisado de Factores Predictores de Depresión Post-Parto de Beck y el Instrumento de Detección de Violencia Basada en Género. Posteriormente se catalogaron operacionalmente los casos de Depresión Post-Parto como aquellas mujeres quienes obtuvieron puntaje mayor o igual a 13 puntos en la EDPE. Se realizó el análisis de los datos aplicando las pruebas Odds Ratio, Chi-cuadrado y la prueba exacta de Fisher., según fuera conveniente.

### **RESULTADOS**

Los sujetos de estudio fueron 100 mujeres cuya media de edad fue de 27,8+/-6,1 años, con una media de tiempo de puerperio de 4,5+/-3,2 las cuales afirmaron en el 56% de los casos que sus embarazos fueron no planificados terminando dichas gestaciones en el 74% por vía vaginal, el 82 % se encontró en el nivel socioeconómico medio y el estado civil más frecuente fue el de conviviente. Se encontró que el 4% presentó baja autoestima, el 27% haberse sentido deprimida antes del embarazo, el 72% se sintió deprimida y el 47% ansiosa durante el embarazo y el 51% presentó tristeza post-parto. La tasa de DPP fue de 17% con una media de 7,5+/-5 y una moda de 10 puntos para la escala de Edimburgo. Se encontraron diferencias estadísticamente significativas entre los casos de DPP y autoestima, historia de depresión previa al embarazo, ansiedad durante la gestación, satisfacción marital y eventos estresantes durante la gestación. Así mismo; se detectó que el 51% de las mujeres habían sido víctimas de VBG, siendo

la VBG psicológica la más frecuente y la pareja el principal agresor. Al realizar la confrontación de casos de VBG y DPP se halló diferencias estadísticamente significativas para la prueba  $X^2$  ( $P= 0,001$ ) y la medida de asociación  $OR= 9,8$  ( $IC: < 2,1; 45>$ ). Así mismo hallaron diferencias estadísticamente significativas para las variables DPP y VBG durante la gestación encontrando un  $OR$  de  $5,5$  ( $IC: < 5,5; 16,7>$ ). Con lo cual encuentra un riesgo alto de sufrir DPP en aquellas mujeres que fueron víctimas de la VBG.

### **CONCLUSIÓN**

Se encontraron diferencias estadísticamente significativas entre los casos de Depresión Post-Parto (DPP) y los de Violencia Basada en Género (VBG); así mismo, se calculó que existe un riesgo elevado de sufrir DPP en aquellas mujeres que habían sido víctimas de la VBG.

**CLAVES:** Depresión Post-Parto, Violencia Basada en Género, Escala de Depresión Post-natal de Edimburgo.

## **SUMMARY**

### ***OBJECTIVE***

The primary objective of the present study was to determine the existing association between the Violence Based on Gender and the Post-Partum Depression in the Hospital San Bartolome; also, predictors of depression post-childbirth and the sociodemographics characteristics and of the childbirth of the participant of the study described themselves to the factors.

### ***METHODOLOGY***

The type of study was observacional of cross section, whose number of sample was constituted percent women of 1-12 months of puerperal time. To those who it was applied to them, previous signature of informed consent, a sociodemographic card of data and the childbirth, the Scale of Depression Postnatal of Edinburgh (EDPE), the Reviewed Inventory of Predicting Factors of Post-Partum Depression of Beck and the Detection device of Violence Based on Gender. Later the cases of Post-Childbirth Depression were catalogued operationally like those women who obtained greater or equal to 13 points in the EDPE. The analysis of the data was made applying the Odds tests Ratio, Chi-square and the exact test of Fisher, according to outside advisable.

### ***RESULTS***

The study subjects were 100 women whose average of age was of 27,8+/-6,1 years, with an average of time of puerperium of 4,5+/-3,2 which affirmed in 56% of the cases that their pregnancies were planned not finishing these gestations in 74% by vaginal partum, 82% were in the average socioeconomic level and the more frequent civil state was the one of not-married. One was that 4% presented low self-esteem, depressed 27% to have felt before the pregnancy, 72% felt gotten depressed and anxious 47% during the pregnancy and the 51 % presented sadness post-childbirth. The rate of DPP was of 17% with an average of 7, 5+/-5 and one fashion of 10 points for the scale of Edinburgh. Statistically significant differences between the cases of DPP and self-esteem were history of previous depression to



the pregnancy, anxiety during the gestation, marital satisfaction and stressful events during the gestation. Also; it detected that 51% of the women had been VBG victims, being the psychological VBG the most frequent and pair the main aggressor. When making the confrontation of cases of VBG and DPP was statistically significant differences for test  $X^2$  ( $P= 0.001$ ) and the measurement of association  $OR= 9.8$  ( $IC: < 2, 1; 45>$ ). Also they found statistically significant differences for psychological variables DPP and VBG finding  $OR$  of 5.5 ( $IC: < 5, 5; 16, 7>$ ). With which it finds irrigation high to undergo DPP in those women that were victims of the VBG.

### ***CONCLUSION***

Were statistically significant differences between the cases of DPP and those of VBG; also, one calculated that an elevated risk exists to undergo DPP in those women that had been victims of the VBG.

**KEYS:** Post-partum depression, Violence Based on Gender, Scale of Depression Post-Natal of Edinburgh.

## INTRODUCCIÓN

En la actualidad los trastornos del humor y especialmente los trastornos depresivos constituyen un serio problema de salud pública debido a que ocasionan discapacidad y deterioro de la calidad de vida de quien lo padece. Estos trastornos del humor no respetan edad, género ni alguna otra condición ni momento de la persona. Sin embargo; durante la edad reproductiva existe una tendencia de presentarse con mayor frecuencia en la mujer, posiblemente debido a las variaciones hormonales que estas presentan llegando a la cúspide durante el embarazo disminuyendo bruscamente luego del parto. Estas variaciones hormonales asociadas al factor genético y a factores psicosociales se relacionan con la presentación de una entidad nosológica denominada Depresión Post-Parto (DPP), la cual es definida, según el DSM-IV, como la presentación de depresión a partir de las 4 semanas posteriores al parto y según otros autores como la depresión presentada en algún momento dentro de los 18 meses posteriores al parto.

Otra patología en estos tiempos que representa un reto mayor para la salud pública es la Violencia Basada en Género (VBG), la cual es definida como todo acto de violencia basado en género que tiene como resultado posible o real un daño físico, sexual o psicológico, incluidas las amenazas, las coerción o la privación arbitraria de la libertad, ya sea que ocurra en la vida pública o en la vía privada. Y se afirma que es un serio problema de salud por las consecuencias mediatas e inmediatas en la mujer, asociándose con alteraciones físicas, sexuales y psíquicas; pudiendo llevar a la mujer a la discapacidad, al aislamiento e incluso a la muerte. En relación a la afectación psíquica que ocasiona y observando que en países como el nuestro existen altas cifras de VBG durante la vida de la mujer incluyendo la gestación es que en el presente estudio se determinó la asociación de riesgo de los casos de VBG y de DPP; así como la descripción de los factores correlacionados con ambas patologías.

# **CAPÍTULO I: PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN**

## **1.1) FORMULACION DEL PROBLEMA**

¿Cuál es la asociación existente entre la Violencia Basada en Género y la Depresión Post-Parto en el Hospital San Bartolomé?

## **1.2) OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN:**

### **a. OBJETIVO GENERAL**

- Determinar la asociación existente entre la Violencia Basada en Género y la Depresión Post-Parto en el Hospital San Bartolomé.

### **b. OBJETIVOS ESPECIFICOS**

- Describir las características sociodemográficas y del parto de las puérperas participantes del estudio.
- Describir los predictores de depresión post-parto de las puérperas participantes del estudio.

## **1.3) HIPÓTESIS**

La Violencia Basada en Género es un factor de riesgo para sufrir Depresión Post-Parto en puérperas del Hospital San Bartolomé. Lima-Perú.

## **1.4) JUSTIFICACION E IMPORTANCIA DEL PROBLEMA**

El hablar de depresión en la actualidad es hacer mención de un serio problema de salud pública que según se estima se agravará en los años venideros pudiendo llegar a convertirse en el problema número uno de discapacidad en el mundo. Actualmente afecta a personas de todos los estratos sociales, niveles económicos y distribución geográfica. Teniendo como factores de riesgo la exposición temprana a factores estresantes y pertenecer a familias con predisposición hereditaria. Este problema incrementa su frecuencia de presentación en algunos momentos de la vida de la mujer, como es el periodo Post-Parto. Se ha observado que el resultado de que una madre sufra de DP no se circunscribe solamente a ella sino que afecta en el desarrollo tanto físico

como neuropsicológico del recién nacido y afecta la relación de pareja; por lo que se puede afirmar que la DP afecta a la familia y por ende a la sociedad. Otro serio problema que afecta a la mujer es la VBG, la cual no respeta ningún periodo de la mujer, incluyendo la gestación, en la cual se reportan incidencias bastante altas. Al encontrar que tanto la DP y la VBG afectan al núcleo de la sociedad, la familia, y de la trascendencia que engloban dichas patologías; se observa que, en nuestro medio, existe un desconocimiento tanto de la frecuencia con que se presenta como del grado de asociación existente entre ellas en centros materno perinatales; a pesar de ser más prevalentes que otras patologías como preeclampsia, ruptura prematura de membranas, restricción de crecimiento intrauterino, etc. Por estos motivos es que se catalogó como pertinente el planteamiento y la realización de la presente investigación.

## **CAPITULO II: MARCO TEORICO**

En la actualidad los Trastornos depresivos son una de las principales causas de discapacidad en el mundo; siendo la principal causa de discapacidad en personas que se encuentran entre los 15-44 años y se proyecta que para el año 2020 alcanzará el segundo lugar en todas las edades y géneros. Los trastornos depresivos son causales de alrededor de 850 000 suicidios anualmente, afectando a 121 millones de personas en el mundo, con una prevalencia en los Estados Unidos de Norteamérica de 13.23% y en el Perú se estima que afecta al 11.3 % de la población <sup>1,2</sup>.

Como definición se cataloga a la depresión como un trastorno del humor que compromete todos los sistemas del organismo, su espectro de afección abarca todas las edades, razas, géneros y momentos de la persona. En este sentido cuando se comparan las prevalencias de depresión entre hombres y mujeres se evidencia que en la niñez las cifras son equivalentes y conforme se avanza en edad (adulthood), la balanza se inclina al lado femenino, con una prevalencia de 21,3% para las mujeres y un 12,7% para los varones <sup>3, 4, 5</sup>.

Las consecuencias de la depresión afectan desde los aspectos emocionales hasta el aspecto social y económico tanto en hombres como en mujeres, evidenciándose que la presentación se da en mayor cuantía en la mujer <sup>2, 6</sup>.

Esta diferencia de la presentación según el género se observa fundamentalmente en la etapa reproductiva de la mujer y se asocia

principalmente a entidades como el síndrome premenstrual, el embarazo, el puerperio y a la menopausia. En relación al presente estudio se pondrá énfasis en el periodo puerperal, que es definido de acuerdo a su duración como inmediato (periodo comprendido entre el parto y las 24 horas del postparto), mediato (comprendido entre el parto y los 42 primeros días) y tardío (entre el parto y el año post-parto). Durante este periodo se observan cambios fisiológicos en todos los sistemas de la mujer que podrían condicionarla a sufrir de *Depresión Post-parto* (DP) que es definida, según el Manual Estadístico de Enfermedades Mentales versión IV (DSM-IV), como la presentación de depresión a partir de las 4 semanas posteriores al parto y según otros autores como la depresión presentada en algún momento dentro de los 18 meses posteriores al parto<sup>7, 8</sup>.

Dentro de estos cambios encontramos que los hormonales son los que más varían; existiendo un rápido declive de los niveles de hormonas reproductivas inmediatamente después del parto. Durante la gestación se observa que los niveles de estrógenos, progesterona, cortisol, prolactina, beta endorfinas y la hormona gonadotropina humana se incrementan grandemente para luego disminuir después del parto rápidamente hasta prácticamente valores normales<sup>4, 5, 9, 10, 11</sup>.

Estos cambios hormonales, poniendo énfasis en los estrógenos, serían los activadores de la presentación de la DP en la mujer; probablemente debido a que la sensibilización del cerebro a los cambios hormonales – modulados por los estrógenos o por otros factores no conocidos completamente como la vulnerabilidad genética y el grado de estabilidad emocional de la mujer – determinaría si una paciente desarrolla DP<sup>5, 10, 12, 13</sup>. Así mismo, algunos autores afirman que el consumo de progestágenos orales por largos periodos se relacionaría con la presentación de DPP al compararlos con el placebo<sup>14, 15, 16</sup>.

Dentro de los factores relacionados a la DP, se diferencian claramente como factores de riesgo biológicos y los Psicosociales. Los factores de riesgo biológicos son los relacionados a desordenes del humor y ansiedad, la depresión post parto anterior, síndrome premenstrual disfórico e historia familiar de enfermedades psiquiátricas; y los psicosociales los relacionados a historia de abusos cometidos durante la niñez, que la mujer sea adolescente, que el embarazo sea no planificado, que la paciente tenga sentimientos negativos

acerca de su gestación, que sea madre soltera, que tenga un gran número de hijos, que carezca de un adecuado soporte económico, que exista conflictos o violencia marital, el bajo nivel educativo y el abuso de sustancias como el alcohol y el tabaco. En diferentes investigaciones se ha observado que la presentación de los factores psicosociales son los de mayor importancia en la presentación de DP; por lo que son llamados factores de riesgo mayores.<sup>4, 10, 13, 17, 18, 19, 20</sup>

Esta conjunción de factores y cambios hormonales hacen que la depresión se ubique dentro de las enfermedades más frecuentes del periodo puerperal encontrándose, en diferentes estudios alrededor del mundo, una prevalencia oscilante entre 10-20% de las mujeres que recientemente han dado a luz. Sin embargo; se observa que, en nuestro medio, poco se hace en relación a su diagnóstico y tratamiento en los centros de atención materno-infantil, pese a que su prevalencia supera la correspondiente a patologías obstétricas tales como parto pretérmino, preeclampsia y diabetes gestacional<sup>4, 21, 22, 23</sup>.

Posiblemente esta omisión se deba a que las consecuencias de la DP no sean objetivables inmediatamente sino en el curso de la enfermedad, afectando a la madre en sí, al niño y a la familia en general<sup>24</sup>.

Su diagnóstico es clínico y dentro de los síntomas encontramos tendencia al llanto, ánimo sombrío, pérdida de satisfacción por las cosas, rechazo social, insomnio, pérdida de apetito o incremento de apetito, disminución de la concentración, síntomas de desesperanza, apatía e infelicidad y síntomas de culpa al no poder cuidar a bebé. Algunas llegan a presentar síntomas somáticos tales como dolor tipo quemazón, cefalea y dolores de espalda. Así mismo; algunos estudios describen que el maltrato tanto físico, psíquico y sexual, la privación de libertad o la carencia de soporte socio económico de la mujer se relaciona con la presentación de cuadros depresivos. Esta gama de agresiones son conocidas como Violencia Basada en Género, la cual es considerada como un serio problema de salud pública por su frecuencia de presentación y por el espectro de afectación tanto en el ámbito de la mujer como en la familia en general; es definida, según las Asamblea general de las Naciones Unidas como todo acto de violencia basado en género que tiene como resultado posible o real un daño físico, sexual o psicológico, incluidas las amenazas, las coerción o la privación arbitraria de la libertad, ya sea que ocurra en la vida pública o en la vía

privada. Se describe que en Estados Unidos dos a cuatro millones de mujeres son golpeadas anualmente, 1500 mujeres son asesinadas cada año por su pareja actual o pasada y un 16% de las mujeres adultas reportan una historia de abuso sexual por parte de algún miembro de su propia familia. En Europa; una de cada cinco mujeres refiere ser maltratada por su pareja.

La Organización Panamericana de la Salud estima que entre el 20-60% de las mujeres que viven en las Américas sufren de situaciones de violencia. En América del Sur; se estima que el 25% de las mujeres sufre regularmente violencia intrafamiliar y que el 50% pasará por alguna situación de violencia a lo largo de su vida.

En Lima se realizó una encuesta en cuatro hospitales y se obtuvieron como resultado que el 61% de mujeres en general y el 54 % de embarazadas en algún momento de su vida había sido víctima de algún tipo de violencia y el tipo de violencia más común en ambos casos había sido la violencia psicológica, seguida de la violencia física <sup>25,26</sup>.

Uno se preguntaría, ¿por qué la VBG se ha convertido en un problema de salud pública? La respuesta sería, por las graves consecuencias que conlleva este problema, consecuencias que pueden ser fatales como no fatales.

Dentro de las consecuencias fatales encontramos homicidios (tanto de la mujer como de la mujer contra su agresor como un acto de defensa), suicidios (esta situación de verse constantemente agredida puede desencadenar cuadros depresivos severos que la pueden llevar hasta el suicidio) y el incremento de tasas de mortalidad materna (porque la violencia sexual que sufren puede tener como consecuencia un embarazo no deseado y esto la lleva a recurrir a soluciones drásticas que ponen en riesgo su vida).

Las consecuencias no fatales que puede presentar una mujer son trastornos en la salud (como lesiones, discapacidad, obesidad, somatización, etc.), trastornos crónicos (como síndromes dolorosos crónicos, trastornos gastrointestinales como el síndrome de intestino irritable, fibromialgia y síndromes de dolor crónico), trastornos de salud mental (como estrés post-traumático, depresión, ansiedad, fobias/desórdenes de pánico, desórdenes alimentarios, baja autoestima, disfunción sexual, abuso de sustancias prohibidas y conductas sexuales de riesgo que terminan en embarazos no deseados, abortos en condiciones inadecuadas y enfermedades de transmisión sexual) y trastornos de

salud reproductiva (como embarazos no deseados, Infecciones de transmisión sexual, infección por VIH, Abortos inseguros, complicaciones del embarazo, óbito fetal, bajo peso al nacer y enfermedad inflamatoria pélvica) <sup>27, 28, 29</sup>.

Un Párrafo aparte merece la VBG durante el embarazo, durante este periodo se describe que en EEUU entre el 11-41 % de gestantes afirman haber sido víctimas de VBG y que 4-17% de las encuestadas sufren de VBG durante la gestación.

En China, en un estudio realizado por Leung y col; describieron que el 15.7% de las gestantes habían sido víctimas de la violencia durante la gestación actual y que el 9.4% habían sufrido de abuso sexual en el transcurso del año anterior.

En Perú, Távora-Orozco y Col; encontraron que el 69,3% de las mujeres evaluadas habían tenido algún episodio de VBG en su vida, describiendo que el 49,5% era por violencia psicológica, que el 14,6 % era por violencia física y que el 28% de los casos era por violencia sexual. De esta población encontraron que el 31,9% había sufrido VBG durante la gestación describiendo que el tipo más frecuente fue la violencia psicológica <sup>27, 30, 31</sup>.

Las consecuencias asociadas a la VBG durante la gestación comprometen tanto a la madre como al bebé. Encontrando que las mujeres víctimas de VBG presentan mayor probabilidad de presentar embarazos complicados, muerte fetal, hijos con bajo peso al nacer, parto prematuro, preeclampsia, restricción del crecimiento intrauterino y depresión respiratoria del neonato.

Al relacionar la variable VBG y depresión en la mujer encontramos que existe una importante correlación; sin embargo al realizar la búsqueda bibliográfica relacionando VBG y Depresión post-parto se encuentran pocos estudios que describan esta relación <sup>30</sup>.

Al describir estas 2 importantes patologías como son la VBG y la DP; podemos afirmar que constituyen verdaderos retos de la salud pública debido a que presentan importantes tasas de presentación y principalmente por las consecuencias que dichas patologías ocasionan en la sociedad.

En las siguientes líneas describiremos las maneras como se diagnostican estas patologías y la manera como las estudiaremos en la presente investigación.

El diagnóstico de DP debe ser realizado por un especialista; sin embargo debido a la imposibilidad realización de la entrevista profesional en todas las mujeres que se encuentran en el periodo puerperal, es que se han desarrollado algunas



pruebas de tamizaje para DP; tales como la Escala de Edimburgo (EDPE) y el Inventario Revisado de Predictores de DP de Beck. De estas escalas la que más se utiliza como prueba de tamizaje para DP es la prueba de Depresión Post-Parto de Edimburgo que consiste en un conjunto de 10 preguntas de síntomas depresivos enfocados al periodo postnatal <sup>4, 17, 32</sup>.

Los estudios realizados mencionan que la aplicación de EDPE tiene una sensibilidad de 68-95% y una especificidad de 78-96%; y que su aplicación se correlaciona de manera positiva con el diagnóstico clínico. *Jardri R., y Col.*, encontraron que su aplicación en el puerperio inmediato se correlaciona positivamente con los resultados de la misma prueba en puérperas de 4 y 8 semanas de Post-Parto, con lo cual se concluye que puede ser utilizada como prueba de tamizaje en el puerperio inmediato.

En el Perú la EDPE ha sido validada por Vega y col., quienes encontraron que el punto de corte óptimo de la EDPE fue de 13, con una sensibilidad de 84.21% y una especificidad de 79.47% para el diagnóstico de DP y que ninguna mujer con puntuación menor de 7 tubo DP <sup>33, 34, 35, 36</sup>.

Estas pruebas si bien es cierto no hacen el diagnóstico de DP, nos ayudan a seleccionar qué mujeres están más propensas de sufrir dicha patología. En la presente investigación se considerará que una puérpera sufre de DP si se encuentra en el espacio temporal de 1-12 meses de post-parto y presenta una puntuación en la EDPE mayor o igual a 13 puntos.

Con respecto al diagnóstico de VBG se puede hacer uso de múltiples cuestionarios; sin embargo para nuestra investigación haremos uso del Instrumento para Detección de VBG diseñado por la Federación Latinoamericana de Sociedades de Obstetricia y Ginecología (FLASOG); la cual ha sido utilizada en nuestro medio por Tavera-Orozco y Col. Y definiremos que una mujer es víctima de VBG; si ha sufrido violencia física, psíquica y/o sexual antes, durante o después de la gestación.

Teniendo el conocimiento de la definición, los factores de riesgo, las formas diagnósticas y la trascendencia que tienen tanto la DP como la VBG en la madre, en el bebé, en la familia y en la sociedad es que se planteó la realización del presente estudio buscando describir la relación existente entre ambas variables en una población de Lima.

## **CAPÍTULO III: METODOLOGÍA**

### **3.1) TIPO DE ESTUDIO Y DISEÑO DE INVESTIGACIÓN**

Estudio observacional de corte Transversal

### **3.2) ÁREA DE ESTUDIO**

El estudio se realizó en el Hospital Nacional Madre Niño (HONADOMANI) San Bartolomé perteneciente a la Ministerio de salud del Perú, ubicado en la Av. Alfonso Ugarte N° 825 – Lima, Cercado de Lima, provincia de Lima, departamento de Lima-Perú. El HONADOMANI San Bartolomé corresponde al tercer nivel de atención, se atienden alrededor de 7000 partos al año y es centro de referencia Obstétrico a nivel Nacional.

### **3.3) MUESTRA DEL ESTUDIO:**

**POBLACION DE ESTUDIO** la totalidad de puérperas atendidas en el servicio de Obstetricia del HONADOMANI durante el año 2007

#### **MARCO MUESTRAL**

##### **- CRITERIOS DE INCLUSIÓN**

Mujeres que se encontraban entre el mes y el año de puerperio  
Aceptar participar en el estudio, previa firma del consentimiento informado

##### **- CRITERIOS DE EXCLUSIÓN**

Diagnóstico actual de Depresión  
Síndrome de Shehan  
Hipotiroidismo  
Sordera  
Ceguera  
Sufrir de otra Enfermedad Psiquiátrica previamente diagnosticada

### **3.4) TAMAÑO DE MUESTRA Y PROCEDIMIENTO DE MUESTREO**

El tipo de Muestreo fue no probabilístico y el número muestral de 100 mujeres que se encontraban en el espacio temporal de 1 mes a 12 meses del puerperio.

### **3.5.) OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES**

(Ver las tablas de operacionalización mostradas en las siguientes páginas)

Independiente: Violencia Basada en Género, debido a que fue el factor de riesgo a demostrar.

Dependiente: Depresión Post-Parto, la cual fue definida operacionalmente como aquellas mujeres que encontrándose en el puerperio mayor de 1 mes presentaron puntaje en la Escala de Depresión Post-Natal de Edimburgo de 13 o más puntos.

**Operacionalización de Variables**

<i>Variable</i>	<i>Definición Conceptual</i>	<i>Definición Operacional</i>	<i>Tipo</i>	<i>Escala de Medición</i>	<i>Indicador de Calificación</i>	<i>Instrumento de Medición</i>
<b>Edad</b>	Tiempo que ha vivido una persona desde su nacimiento	Número de Años de la Púérpera	Cuantitativa	Razón	Años	Cuestionario
<b>Estado Civil</b>	Situación de las personas enmarcada por determinados aspectos de su situación familiar desde el punto de vista del registro civil	Si la púérpera es soltera, casada, separada, divorciada, viuda o conviviente	Cualitativa	Nominal	Estado Marital	Inventario revisado de predictores de depresión post-parto de Beck
<b>Estado Socioeconómico</b>	Es un indicador que permite medir el nivel socioeconómico de una familia	Para el trabajo se evaluará mediante la posesión de activos físicos	Cualitativa	Ordinal	Alto Medio Bajo	Cuestionario
<b>Nivel Educativo</b>	Grado académico logrado por una persona	Grado académico logrado por una púérpera	Cualitativa	Ordinal	Sin Grado de Instrucción Primaria Secundaria Superior	Cuestionario
<b>Autoestima</b>	Sentimiento valorativo de nuestro ser, de nuestra manera de ser, de quienes somos nosotros, del conjunto de rasgos corporales, mentales y espirituales que configuran nuestra personalidad.	Valoración percibida por la púérpera en el presente estudio	Cualitativa	Nominal Dicotómica	Normal Baja	Inventario revisado de predictores de depresión post-parto de Beck
<b>Depresión Prenatal</b>	Trastorno Depresivo durante la gestación	Antecedente de Trastorno depresivo durante la gestación reciente de la púérpera del presente estudio	Cualitativa	Nominal Dicotómica	Con Depresión Sin Depresión	Inventario revisado de predictores de depresión post-parto de Beck
<b>Ansiedad Prenatal</b>	Trastorno de ansiedad durante la gestación	Antecedente de diagnóstico de Ansiedad durante la gestación reciente de la púérpera del presente estudio	Cualitativa	Nominal Dicotómica	Con Ansiedad Sin ansiedad	Inventario revisado de predictores de depresión post-parto de Beck
<b>Planificación del Embarazo</b>	Decisión del momento en que una pareja quieren ser padres o una mujer quiere ser madre. Para lo cual realizan cuidados preconcepcionales, concepcionales y post-concepcionales	Respuesta afirmativa de la planificación del Embarazo al responder el Inventario Revisado de DP de Beck	Cualitativa	Nominal Dicotómica	Planificado No Planificado	Inventario revisado de predictores de depresión post-parto de Beck

<b>Historia de Depresión Previa</b>	Antecedente de Diagnóstico de Depresión por facultativo antes de la gestación	Antecedente de diagnóstico y tratamiento de Depresión en un periodo diferente a la última gestación en las púerperas de nuestro estudio	Cualitativa	Nominal Dicotómica	Si No	Inventario revisado de predictores de depresión post-parto de Beck
<b>Soporte Social</b>	Concepto multidisciplinario basado en el apoyo que brinda el cónyuge, amigos y familiares.	Percepción de la púerpera acerca del apoyo recibido por el cónyuge, amigos y familiares.	Cualitativa	Nominal Dicotómica	Adecuado Inadecuado	Inventario revisado de predictores de depresión post-parto de Beck
<b>Satisfacción Marital</b>	Sensación de bienestar con el cónyuge y su estado civil.	Percepción de la púerpera acerca de la relación con su pareja y su estado civil	Cualitativa	Nominal Dicotómica	Adecuada Inadecuada	Inventario revisado de predictores de depresión post-parto de Beck
<b>Estrés</b>	Acontecimiento vital adverso intenso que resulta de mayor intensidad cuanto mayor es el conflicto íntimo del sujeto	Presencia de eventos estresantes en la púerpera	Cualitativa	Nominal Dicotómica	Si No	Inventario revisado de predictores de depresión post-parto de Beck
<b>Estrés por los cuidados del niño</b>	Reacción estresante al brindar atención al recién nacido	Reacción estresante de la púerperas del estudio en relación a la alimentación, a la salud y al sueño de sus recién nacidos	Cualitativa	Nominal Dicotómica	Si No	Inventario revisado de predictores de depresión post-parto de Beck
<b>Comportamiento del bebé</b>	Conductas en relación a la satisfacción de necesidades básicas en el Bebé	Presencia de irritabilidad, frecuencia de llanto y capacidad de consuelo del bebé de las púerperas del presente estudio	Cualitativa	Nominal Dicotómica	Adecuado Inadecuado	Inventario revisado de predictores de depresión post-parto de Beck
<b>Tristeza Materna</b>	Estado Transitorio del puerperio inmediato (que puede prolongarse hasta los primeros 7 días postparto) de tendencia al llanto, ansiedad, irritabilidad y apatía.	Tendencia al llanto y caída del humor durante la primera semana posterior al parto en las púerpera del estudio	Cualitativa	Nominal Dicotómica	Si No	Inventario revisado de predictores de depresión post-parto de Beck
<b>Tipo de Parto</b>	Forma de nacimiento del Bebé	Forma como nacieron los bebés de la última gestación de las púerperas del presente estudio	Cualitativa	Nominal Dicotómica	Vaginal Cesárea	Cuestionario

<b>Depresión Post-Parto</b>	Presentación de depresión a partir de las 4 semanas posteriores al parto y según otros autores como la depresión presentada en algún momento dentro de los 18 meses posteriores al parto	Para el presente estudio se categorizará DP de acuerdo a la puntuación obtenida en la escala de Edimburgo	Cualitativa	Nominal Dicotómica	Si (mayor de 13) No (Menor de 13)	Escala de Depresión Post-Parto de Edimburgo
<b>Violencia Basada en Género (VBG)</b>	Todo acto de violencia basado en género que tiene como resultado posible o real un daño físico, sexual o psicológico, incluidas las amenazas, las coerción o la privación arbitraria de la libertad, ya sea que ocurra en la vida pública o en la vía privada	Para el presente estudio se categorizará VBG de acuerdo a los resultados obtenidos en el Instrumento de detección de violencia de género	Cualitativa	Nominal Dicotómica	Si No	Instrumento de detección de violencia de género
<b>Tipo de VBG</b>	Formas en que se ejerce la VBG	Formas de VBG recibidas por las puérperas del presente estudio	Cualitativa	Nominal	Física Psicológica Sexual Antecedente de VBG en la Niñez	Instrumento de detección de violencia de género

### **3.6) TECNICAS Y METODO DE TRABAJO**

Se seleccionaron a las madres que acudieron al control de su niño en los consultorios de pediatría de Crecimiento y Desarrollo y de Niño de Alto Riesgo. El grupo de madres pertenecieron al grupo temporal de puerperio de 1-12 meses debido a que según el DSM-IV describe que la DP se presenta en dicho período. Posteriormente se solicitó la participación en el estudio previa firma de consentimiento informado.

A las madres que accedieron participar se les solicitó contestar la EDPE; la cual consiste en 10 preguntas cerradas vinculadas a síntomas depresivos que pueden presentarse en el puerperio, el inventario revisado de Beck para DP y el Instrumento de detección de violencia de género (ver anexos). Adicionalmente a la aplicación dichas escalas se tomaron en cuenta variables como edad, nivel educativo y el tipo de parto. La aplicación de los cuestionarios se realizó con la ayuda de personal previamente entrenado. Se diseñó una base de datos donde se consignaron las variables del estudio las cuales fueron introducidas gradualmente para así poder realizar los cálculos estadísticos lo más exactamente posible.

### **3.7) PROCESAMIENTO Y ANALISIS DE DATOS**

El procesamiento de los datos se realizó mediante estadística descriptiva en el caso de variables cualitativas, estadística inferencial para el caso de variables cuantitativas, la prueba  $X^2$  para las variables cualitativas y se utilizó la medida Odds Ratio (OR) para determinar la asociación existente entre VBG y DPP. Para la presentación de los resultados se utilizaron tablas simples, de doble entrada y gráficos de barras. Para los cálculos estadísticos se utilizará el paquete estadístico SPSS 12.0. Posteriormente a la obtención de los resultados se entregará la información al departamento de salud mental del HONADOMANI San Bartolomé.

### **3.8) ASPECTOS ÉTICOS**

Se solicitó la participación voluntaria de las puérperas mediante la firma de un consentimiento informado donde se explicó el propósito del estudio y donde se aclaró que su la participación era completamente voluntaria y que el manejo de la información recabada sería manejada con la mayor cautela posible.

## **CAPÍTULO IV: RESULTADOS**

La totalidad de mujeres (puérperas) entrevistadas fue de 100. Las cuales presentaron una media de edad de 27,8 +/- 6.1 años. Encontrándose que el 6 %, el 82%” y el 12% pertenecían a los niveles socioeconómicos alto, medio y bajo. La totalidad de mujeres eran puérperas de más de 1 mes post-parto y la media del tiempo de puerperio fue de 4,5 +/- 3,2 meses. El 56% de las mujeres fueron convivientes y el 12% casadas. Se detectó que el 34% de los embarazos fueron planificados y que el tipo de parto fue vaginal en el 74% y por Cesárea en el 36% de los casos (Ver Anexos N° 6 y 7).

En relación al estado afectivo de la madre se encontró que el 4% presentaban autoestima baja, el 27% haberse sentido deprimidas antes del embarazo de las cuales ninguna recibió tratamiento por parte del facultativo, el 72 % de las mujeres manifestó haberse sentido deprimidas y el 47% ansiosas durante la gestación y el 51% haber presentado tristeza post-parto (Ver Anexos N° 8).

Con respecto al soporte social recibido por la pareja se encontró que era adecuado en el 82 % de los casos y el 42% manifestó encontrarse insatisfechas con su actual estado civil o con su pareja. Del total de participantes del estudio se encontró que el 18,5% y el 34% habían presentado problemas con el cuidado y el comportamiento del bebé respectivamente (Ver Anexos N° 9).

Posteriormente a la recolección de datos generales de la madre se aplicó la Escala de Depresión Post-Parto de Edimburgo para detectar desde el punto de vista operacional del presente estudio los casos de DPP, encontrándose que el 17% de las mujeres presentaron dicha patología, obteniéndose puntajes que oscilaban entre los 0 y 25 puntos con una media y moda de 7,5 +/- 5 y 10 puntos respectivamente. Las relaciones entre los casos de DPP y estado civil, nivel socioeconómico y educativo, planificación del embarazo y tipo de parto no



fueron estadísticamente significativas. Las variables relacionadas al estado anímico de la mujer durante la gestación como autoestima ( $P= 0,001$ ), ansiedad durante la gestación ( $P= 0,001$ ), historia de depresión previa al embarazo ( $P= 0,012$ ); la satisfacción marital ( $P= 0,036$ ), los eventos estresantes durante la gestación ( $P= 0,041$ ) y los problemas con el cuidado del bebé ( $P= 0,041$ ) fueron estadísticamente significativos en relación a los cuadros de DPP al aplicar la prueba Chi-cuadrado. Así mismo, la medida de asociación OR entre las variables DPP con ansiedad durante la gestación ( $OR= 7,1$ ;  $IC: < 1,9; 26,6>$ ), con historia de depresión previa al embarazo ( $OR=4,06$ ;  $IC: < 0,11; 0,97>$ ) y con problemas por los cuidados del bebé ( $OR= 4,1$ ;  $IC: < 1,3; 1,2>$ ) muestra que existe mayor probabilidad de sufrir DPP en aquellas que presentan dichos antecedentes. No se encontraron diferencias estadísticamente significativas ni asociación entre los casos de DPP y depresión durante la gestación, el soporte social brindado por la pareja, los problemas con el comportamiento del bebé ni con los casos de tristeza materna

(Ver Anexos N° 10).

Con respecto a las cifras de casos de VBG se detectó que el 51% de las participantes del estudio fueron víctimas de diferentes tipos de violencia en algún momento de sus vidas. Encontrando que el 27% manifestó haberla sufrido durante el embarazo siendo el principal agresor la pareja. El 45% fue víctima de VBG psicológica siendo el principal agresor la pareja, el 15% sufrió de VBG física siendo el principal agresor el padre, el 10% sufrió de VBG sexual siendo el principal agresor la ex-pareja, el 13% sufrió VBG sexual durante la niñez siendo los principales agresores los tíos, amigos de los hermanos y desconocidos. Así mismo; se detectó que a pesar que en la mayoría de casos el principal agresor fue la pareja el 91% de las mujeres afirmaron sentirse seguras cuando están con casa con él. Al realizar el cruce de la variable VBG con el nivel socioeconómico, estado civil, nivel educativo y tristeza materna no se encontraron diferencias estadísticamente significativas

(Ver Anexos N° 11).

En relación a las variables principales del estudio se encontró diferencia estadísticamente significativa para la prueba Chi-Cuadrado entre los casos de VBG y DPP ( $P= 0,001$ ). Así mismo; se calculó la asociación para dichas variables con un valor de  $OR = 9,8$  ( $IC: < 2,1; 45>$ ), lo cual indica que las

mujeres víctimas de VBG tienen 9,8 veces más riesgo de desarrollar DPP que las que no fueron maltratadas, con lo cual se confirma la hipótesis de investigación. Adicionalmente al relacionar los casos de DPP con los tipos de VBG, se encontró diferencias estadísticamente significativas entre la DPP y la VBG psicológica ( $P < 0,001$ ) y con los casos de VBG durante la gestación ( $P = 0,002$ ). Así mismo, se calculó la medida de asociación entre los casos de DPP y la VBG durante la gestación con un  $OR = 5,5$  ( $IC: < 5,5; 16,7 >$ ) con lo cual se puede afirmar que las mujeres que son maltratadas durante la gestación tienen 5,5 veces más probabilidad de sufrir de DPP que aquellas que no lo fueron (Ver Anexos N° 12).

## **CAPITULO V: DISCUSIÓN**

La literatura mundial reporta que existe una prevalencia de DPP oscilante entre el 10-20% de las mujeres en el puerperio tardío tal como la tasa de presentación encontrada en nuestro estudio que fue del 17%.

Así mismo se encontró una tasa de Tristeza post-parto de 51% que a diferencia de Abiodun Olugbenga Adewuya y col., quienes detectaron en un estudio realizado en Nigeria una prevalencia de 31,3% y compatible con lo descrito por Aguado y col., quienes realizaron un estudio prospectivo de depresión y tristeza post-parto en mujeres Españolas, donde detectan que entre el 50-80% de las mujeres presentan tristeza postparto definida como el periodo comprendido dentro los 10 primeros días luego del parto que se caracteriza por caída del humor, apatía, sentimientos de desvaloración y tendencia al llanto. En el presente estudio no se encontraron diferencias estadísticas entre la tristeza materna y la DPP.

A diferencia de la literatura mundial que afirma que existen diferencias estadísticamente significativas entre la presentación de DPP y el nivel socioeconómico, el estado marital y la planificación del embarazo, en el presente estudio no se halló dicha relación.

Así como Carter y col., y Sharifi y col., quienes no encuentran relación entre el tipo de parto y la incidencia de DPP, en el presente trabajo confirmamos dichas

afirmaciones al no encontrar diferencias estadísticamente significativas entre dichas variables.

Beck y col., tipifican en un estudio de meta-análisis los factores predictores de DPP. Dentro de dichos factores encontramos que algunos muestran diferencias estadísticamente significativas como son la autoestima, presentación de ansiedad durante la gestación, historia de depresión previa al embarazo; satisfacción marital, los eventos estresantes durante la gestación y los problemas con el cuidado del bebé. Así mismo, un aporte del presente estudio es la determinación del riesgo existente entre las variables DPP con la presentación de ansiedad durante la gestación, con la historia de depresión previa al embarazo y con los problemas por los cuidados del bebé.

Con respecto a las cifras de casos de VBG se detectó que el 51% de las participantes del estudio fueron víctimas de diferentes tipos de violencia en algún momento de sus vidas, cifra que es menor a la detectada por Távora-Orozco y col., quienes describen en una población peruana, una prevalencia de 69,3% de las mujeres entrevistadas.

Los mismos autores en el mismo estudio describieron que del total de las participantes, el 31,9% sufrió de VBG durante la gestación, cifra muy semejante a la que se encontró en la presente investigación.

Así mismo, en ambos estudios el tipo más frecuente de presentación de VBG fue la psicológica y el principal agresor fue la pareja.

Estas altas tasas descritas tanto por los autores de la presente investigación como por Távora-Orozco y col., difieren grandemente a las cifras reportadas en los Estados Unidos de Norte América donde la VBG durante la gestación oscila entre el 3,9-8,3%.

En relación a la asociación entre VBG y DPP se hallaron diferencias estadísticamente significativas y la medida de asociación mostró un alto riesgo de sufrir DPP en aquellas mujeres víctimas de la VBG. Estos resultados concuerdan con los resultados descritos por Leung y col., quienes realizaron un estudio de violencia doméstica y depresión post-parto en una comunidad China donde detectaron una alta tasa de VBG, fundamentalmente de tipo psicológica, y diferencias estadísticamente significativas en relación a los casos de DPP.

Al confrontar las cifras reportadas en algunos estudios de la literatura mundial se puede concluir que el tema de investigación es un serio problema de salud

pública que afecta, de diferente manera, a todas las sociedades. Por lo cual hay un interés marcado debido a que genera problemas en la madre debido a que ocasiona disminución de la calidad de vida, que el niño no tenga adecuados estímulos que le permitan tener un correcto desarrollo físico y neuropsicológico; y problemas maritales con la pareja que pueden llevar a este último a padecer una patología poco descrita, denominada depresión postnatal paterna que se incrementa de un 5%, que es la cifra descrita por la literatura, a un 40-50% cuando la madre sufre de DPP.

Por la trascendencia de esta “Enfermedad social” es que vemos pertinente continuar realizando estudios similares en nuestra población tan golpeada por la violencia.

## **CAPÍTULO VI: CONCLUSIONES**

El 51 % de las mujeres entrevistadas en el periodo postparto manifestó haber sido víctima de VBG.

La Depresión postparto se identificó en el 17 % de las mujeres estudiadas.

Las Mujeres víctimas de Violencia Basada en género tienen 9,8 veces más riesgo de presentar Depresión postparto.

Las mujeres víctimas de violencia durante la gestación presentaron 5,5 más veces de presentar Depresión postparto.

## **RECOMENDACIONES**

- Realizar mayor número de estudios que permitan conocer la prevalencia real de DPP y de VBG, para así poder realizar intervenciones en este campo de la salud.
- Capacitar a los médicos de primer nivel de atención para detectar los casos de estas patologías y así derivar los casos con profesionales especializados en temas de salud mental.
- Crear consultorios de psiquiatría en hospitales Materno-Perinatales para brindar apoyo a las puérperas que presenten estas patologías.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Vicente B., Rioseco P., Saldivia S., Kohn R., Torres S. Prevalencia de trastornos psiquiátricos en Latinoamérica: revisión crítica. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, 2005; 34 (4): 506-14.
2. Cassano P., Fava M. Depression and public health: An overview. *Journal of Psychosomatic Research*, 2002; 53: 849– 857.
3. Kessler R. Epidemiology of women and depression. *Journal of Affective Disorders*, 2003; 74: 5–13.
4. Lee D., T Chung. Postnatal depression: an update. *Best Practice & Research Clinical Obstetrics and Gynaecology*, 2006; 20 (20): 1-9.
5. Noble R. Depression in women. *Metabolism Clinical and Experimental*, 2005: 54 (Suppl. 1): 49– 52.
6. Alici-Evcimen Y., and Sudak D. Postpartum Depression. *Prim Care Update Ob/Gyns*, 2003: 10 (5): 210-6.
7. Birnbaum H., Leong S., Greenberg P. The economics of women and depression: an employer's Perspective. *Journal of Affective Disorders*, 2003; 74: 15–22.
8. Ryan D., Millis L., Misri N. Depression during pregnancy. *Can Fam Physician* 2005; 51: 1087-1093.
9. Brown E., Varghese F., and McEwen B. Association of Depression with Medical Illness: Does Cortisol Play a Role? *Biol Psychiatry*, 2004; 55: 1–9.
10. Wisner K., Parry B., and Piontek C. Postpartum Depression. *N Engl J Med*, 2002; 347 (3): 194-9.
11. Campagne D. The obstetrician and depression during pregnancy. *European Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology*, 2004; 116: 125–30.
12. Pearlstein T. Hormones and depression: What are the facts about premenstrual syndrome, menopause, and hormone replacement therapy? *Am J Obstet Gynecol*, 1995; 173 (2): 646-53.
13. Beck C. Postpartum Depression. *AJN*, 2006; 106 (5): 40-50.
14. Shors T., Leuner B. Estrogen-mediated effects on depression and memory formation in females. *Journal of Affective Disorders*. 2003; 74: 85–96.

15. Lawrie T., Hofmeyr G., De Jager M., Berk M., Paiker J., Viljoen E. The risk of postnatal depression was increased in women receiving a long-acting progestogen contraceptive. *Evidence-based Obstetrics and Gynecology*. 1999; 1: 85.
16. Abou-Saleh M., Ghubash R., Karim L., Krymski M., Bhai I. HORMONAL ASPECTS OF POSTPARTUM DEPRESSION. *Psychoneuroendocrinology* 1998; 23 (5): 465–75.
17. Stowe Z. and Nemeroff C. Women at risk for postpartum-onset major depression. *Am J Obstet Gynecol*. 1995; 173 (2): 639-45.
18. Beck C. Predictors of Postpartum Depresión. An Update. *Nursing Research*. 2001; 50 (5): 275-85.
19. Robertson E., Grace S., Wallington T. Review: depression and anxiety during pregnancy are strong indicators of postpartum depression. *Evid. Based Ment. Health* 2005; 8: 21
20. Robertson E., Grace S., Tamara., Wallington T. Stewart D. Antenatal risk factors for postpartum depression: a synthesis of recent literature. *General Hospital Psychiatry*. 2004; 26:289–295.
21. Da Silva Moraes I., Tavares Pinheiro R., Azevedo da Silva R., Lessa Hortac B., Rosa Sousa P., and Duarte Fariab A. Prevalence of postpartum depression and associated factors. *Ver Saúde Pública*, 2006; 40 (1): 1-5.
22. Jadresic E., Nguyen N., and Halbreich U. What does Chilean research tell us about postpartum depression (PPD)? *Journal of Affective Disorders*, 2006; 20: 1-7.
23. Bloch M., Rotenberg T., Koren D., and Klein E. Risk factors for early postpartum depressive symptoms. *General Hospital Psychiatry*, 2006; 28: 3– 8.
24. Tatano, C. The Effects of Postpartum Depresión on Child Development: A Meta-analysis. *Archives of Psychiatric Nursing*, 1998; XII (1): 12-20.
25. Távara-Orozco, L., Zegarra-Samamé T., Zelaya L., Arias M., Estolaza N. Detección de Violencia Basada en Género en Tres Servicios de Atención de Salud Reproductiva. *Ginecol. Obstet*. 2003; 49 (1): 31-38.
26. Mejía, R. Violencia Basada en Género. *Evid. Actual. Práct. Ambul*. 2005; 8 (5): 154-156.
27. Heise L., Ellsberg M., Gottmoeller M. A global overview of gender-based violence. *International Journal of Gynecology and Obstetrics*, 2002; 78 Suppl. (1): S5–S14.

28. Távora L. Sexual violence. *Best Practice & Research Clinical Obstetrics and Gynaecology*. 2006; 20 (3): 395-408.
29. Schmucler E., Schenker. Violence against women: the physician's role. *European Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology*. 1998; 80: 239-45.
30. Leung W., Kung F., Lam J., Leung J., Ho P. Domestic violence and postnatal depression in a Chinese community. *International Journal of Gynecology and Obstetrics*, 2002; 79: 159–166.
31. Távora-Orozco, L., Zegarra-Samamé T., Huamaní S., Felix F., Espinoza-Tarazona K., Chumbe-Ruiz O., Delgado J., Guzmán-Cruz O. Repercusiones Maternas y Perinatales de la Violencia Basada en Género. *Rev Per Ginecol Obstet* .2007; 53 (1): 10-17.
32. Morris-Rush J., Freda M., and Bernstein P. Screening for postpartum depression in an inner-city population. *Am J Obstet Gynecol* 2003; 188 (121): 7-9.
33. Boyd R., Le H., and Somberg R. Review of screening instruments for postpartum depression. *Arch Womens Ment Health.*, 2005; 8: 141–53.
34. Thoppil J., Riutcel T., and Nalesnik S. Early intervention for perinatal depression. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, 2005; 192: 1446–8.
35. Smallwood S., Jamieson D., and Lindsay M. Diagnosing postpartum depression: Can we do better? *Am J Obstet Gynecol*, 2002; 186 (5):899-902.
36. Vega-Dienstmaier J., Mazzotti S., Campos S. Validación de una versión en español de la Escala de Depresión Postnatal de Edimburgo. *Actas Esp Psiquiatr*. 2002; 30(2):106-11.

# **ANEXOS**



## ANEXO N° 1

### FICHA DE RECOLECCIÓN DE DATOS DE LA MADRE Y EL NIÑO

1. EDAD DE LA MADRE: \_\_\_\_\_ AÑOS
  
2. NIVEL SOCIOECONÓMICO (POR ACTIVOS: AUTO, TV, REFRIGERADORA Y TÉLEFONO )
  - a. ALTO
  - b. MEDIO
  - c. BAJO
  
3. NIVEL EDUCATIVO
  - a. SIN GRADO DE INSTRUCCIÓN
  - b. PRIMARIA
  - c. SECUNDARIA
  - d. SUPERIOR
  
4. TIPO DE PARTO
  - a. VAGINAL
  - b. CESÁREA
  
5. PREMATURIDAD
  - a. SI (PARTO ANTES DE LAS 37 SEMANAS)
  - b. NO (PARTO A LAS 37 O MÁS SEMANAS)
  
6. INTERNAMIENTO DEL RECIÉN NACIDO
  - a. SÍ FUE HOSPITALIZADO EN LA SALA \_\_\_\_\_
  - b. NO
  
7. COMORBILIDAD DEL RECIÉN NACIDO
  - a. SÍ COMORBILIDAD \_\_\_\_\_
  - NO

## ANEXO Nº 2

### Cuestionario Sobre Depresión Postnatal Edimburgo (EPDS)

En los Últimos siete días:

**1. He sido capaz de reír y ver el lado bueno de las cosas**

Tanto como siempre

No tanto ahora

Mucho menos

No, no he podido

**2. He mirado el futuro con placer**

Tanto como siempre

Algo menos de lo que solía hacer

Definitivamente menos

No, nada

**\*3. Me he culpado sin necesidad cuando las cosas no salían bien**

Sí, la mayoría de las veces

Sí, algunas veces

No muy a menudo

No, nunca

**4. He estado ansiosa y preocupada sin motivo**

No, para nada

Casi nada

Sí, a veces

Sí, a menudo

**\*5 He sentido miedo y pánico sin motivo alguno**

Sí, bastante

Sí, a veces

No, no mucho

No, nada

**\*6. Las cosas me superaban, me sobrepasaban**

Sí, la mayor parte de las veces

Sí, a veces

No, casi nunca

No, nada

**\*7. Me he sentido tan infeliz que he tenido dificultad para dormir**

Sí, la mayoría de las veces

Sí, a veces

No muy a menudo

No, nada

**\*8 Me he sentido triste y desgraciada**

Sí, casi siempre

Sí, bastante a menudo

No muy a menudo

No, nada

**\*9 He sido tan infeliz que he estado llorando**

Sí, casi siempre

Sí, bastante a menudo

Sólo en ocasiones

No, nunca

**\*10 He pensado en hacerme daño a mí misma**

Sí, bastante a menudo

A veces

Casi nunca

No, nunca

## ANEXO N° 3

### INVENTARIO REVISADO DE PREDICTORES DE DEPRESIÓN

#### POST-PARTO

Instrucciones: marcar con una aspa ( X ) según corresponda en cada cuadradito y escribir las respuestas a las preguntas que no son para marcar.

#### ***1) DURANTE LA GESTACIÓN***

##### **Estado Civil**

- 1. Soltera
- 2. Casada
- 3. Separada
- 4. Divorciada
- 5. Viuda
- 6. Conviviente

##### **Estado Socioeconómico**

- Bajo
- Medio
- Alto

##### **Autoestima**

¿Se siente bien como persona? Sí  No

¿Siente que vale la pena? Sí  No

Siente tener un buen número de cualidades como persona Sí  No

##### **Depresión Prenatal**

1. Se ha sentido deprimida durante el embarazo Sí  No

Si su respuesta es si, ¿cuando y cuanto tiempo se ha sentido así? \_\_\_\_\_

¿Cuán leve o severa consideraría su depresión? Leve  Moderada  Severa

##### **Ansiedad Prenatal**

1. ¿Se ha sentido ansiosa durante el embarazo? Sí  No

Si su respuesta es si, ¿cuando y cuanto tiempo se ha sentido así?

\_\_\_\_\_

### **Embarazo No Planificado/ No Deseado**

¿Fue planeado el embarazo?      Sí  No

¿Deseaba quedar embarazada? Sí  No

### **Historia de Depresión Previa**

1. ¿Antes del embarazo, ha estado deprimida?      Sí  No

Si la respuesta es Sí; ¿cuándo sufrió esta depresión? \_\_\_\_\_

¿Ha estado bajo tratamiento médico en ese episodio de depresión?      Sí  No

¿El médico le recetó algún medicamento para su depresión?      Sí  No

### **Soporte Social**

1. ¿Siente que recibe un adecuado apoyo de su pareja?      Sí  No

2. ¿Siente que recibe un adecuado apoyo instrumental de su pareja  
(Como ayuda en las labores domesticas o el cuidado de los niños)?      Sí  No

3. ¿Siente que puede contar con su pareja cuando Ud necesita ayuda? Sí  No

4. ¿Siente que puede confiar en su pareja?      Sí  No

1. ¿Siente que recibe un adecuado apoyo de su familia?      Sí  No

2. ¿Siente que recibe un adecuado apoyo instrumental de su familia  
(como ayuda en las labores domesticas o el cuidado de los niños)? Sí  No

3. ¿Siente que puede contar con su familia cuando Ud necesita ayuda? Sí  No

4. ¿Siente que puede confiar en su familia?      Sí  No

1. ¿Siente que recibe un adecuado apoyo de sus amigos?      Sí  No

2. ¿Siente que recibe un adecuado apoyo instrumental de sus amigos  
(Como ayuda en las labores domesticas o el cuidado de los niños)?      Sí  No

3. ¿Siente que puede contar con sus amigos cuando Ud necesita ayuda? Sí  No

4. ¿Siente que puede confiar en sus amigos?      Sí  No

### **Satisfacción Marital**

1. ¿Está satisfecha con su matrimonio o estado civil?      Sí  No

2. ¿Experimenta frecuentemente problemas con su esposo?      Sí  No

3. ¿Están yendo bien las cosas entre Ud. y su pareja?      Sí  No

### **Estrés**

1. Esta frecuentemente experimentando eventos estresantes en su vida como:

Problemas de Dinero      Sí  No

- Problemas con su Pareja Sí  No
- Muerte de algún Familiar Sí  No
- Serias enfermedades de algún Familiar Sí  No
- Mudanza Sí  No
- Desempleo Sí  No
- Cambio de empleo Sí  No

## ***II) LUEGO DEL PARTO***

### **Estrés por los cuidados del niño**

1. ¿Su hijo está experimentando algún problema de salud? Sí  No
2. ¿Está teniendo problemas con la alimentación de su bebé? Sí  No
3. ¿Está teniendo problemas con el sueño de su bebé? Sí  No

### **Comportamiento del bebé**

1. ¿Consideraría que su bebé está irritable o fastidiado? Sí  No
2. ¿Su bebé llora mucho? Sí  No
3. ¿Su bebé es difícil de consolar o calmar? Sí  No

### **Tristeza Materna**

1. ¿Experimentó un breve periodo de llanto y caída del humor durante la primera semana posterior al parto? Sí  No

## ANEXO Nº 4

### Instrumento de detección de violencia de género

Número de registro.....Fecha.....

#### Introducción a las preguntas

Debido a que el maltrato y la violencia son tan comunes en la vida de las mujeres, en este consultorio de control de su, del Hospital 2 de Mayo estamos haciendo algunas preguntas sobre el tema a todas las mujeres que consultan.

Es muy importante que Ud. sea sincera en sus respuestas porque esta situación de violencia (que a veces es de un pariente próximo) puede ser solucionada. Lo que Ud. nos cuente será confidencial, no será usado para denuncia y no será revelada su identidad.

#### Violencia Psicológica

¿Se sintió alguna vez agredida emocional o psicológicamente por parte de su compañero o esposo o por alguna persona importante para usted. (Ejemplo: insultos constantes, humillaciones, destrucción de objetos apreciados, avergonzada, ridiculizada frente a otros, rechazada, aislada, etc.)?

SÍ

NO

Si es SÍ ¿Cuándo sucedió la última vez? \_\_\_\_\_

Desde hace cuánto tiempo: Meses \_\_\_\_\_ Años \_\_\_\_\_

¿Qué relación tiene con usted la persona que la agredió? \_\_\_\_\_

#### Violencia Física

¿Alguna vez su esposo, compañero o alguien importante para Usred le causó daño físico? (golpes, cortes, quemaduras, etc)

SÍ

NO

Si es SÍ ¿Cuándo sucedió la última vez? \_\_\_\_\_

Desde hace cuánto tiempo: Meses \_\_\_\_\_ Años \_\_\_\_\_

¿Qué relación tiene con usted la persona que la agredió? \_\_\_\_\_

#### Violencia Sexual

¿En algún momento de su vida se sintió forzada a tener contacto o relaciones sexuales?

SÍ

NO

Si es SÍ ¿Cuándo sucedió la última vez? \_\_\_\_\_

Desde hace cuánto tiempo: Meses \_\_\_\_\_ Años \_\_\_\_\_

¿Qué relación tiene con usted la persona que la agredió? \_\_\_\_\_

**Violencia sexual en la niñez**

¿Cuando usted era niña recuerda haber sido tocada de una manera inapropiada por alguien?

SÍ

NO

Si es SÍ ¿Cuándo sucedió la última vez? \_\_\_\_\_

Desde hace cuánto tiempo: Meses                      Años

¿Qué relación tiene con usted la persona que la agredió? \_\_\_\_\_

Seguridad

¿Se siente segura cuando está en su casa con su compañero/esposo?

SÍ

NO

## ANEXO N° 5

### CONSENTIMIENTO INFORMADO

#### VIOLENCIA BASADA EN GÉNERO Y DEPRESIÓN POST-PARTO EN EL HOSPITAL SAN BARTOLOMÉ. LIMA-PERÚ”

DICIEMBRE 2007 – FEBRERO 2008”

Yo,.....identificada con DNI  
Nº....., domiciliada en .....

..... He sido informada de los objetivos del estudio “**VIOLENCIA BASADA EN GÉNERO Y DEPRESIÓN POST-PARTO EN EL HOSPITAL SAN BARTOLOMÉ. LIMA-PERÚ**”, cuyos resultados nos permitirán conocer el número de mujeres que luego de dar a luz presentan síntomas depresivos y si la violencia contra Ud. antes durante o después del parto se relaciona con esos síntomas depresivos; así mismo, el equipo investigador garantiza un cuidadoso manejo de la información recabada garantizando la privacidad de todas las participantes del estudio.

Teniendo conocimiento de los propósitos y la forma del manejo de la información acepto participar voluntariamente en el presente estudio.

Así mismo en cualquier momento podré voluntariamente retirarme del estudio sin perjuicio de la atención que recibiré en el HONADOMANI San Bartolomé.

.....  
**Firma del paciente:**

CC. Paciente – Investigador

Si desea mayor información acerca de sus derechos como paciente en el estudio de investigación comunicarse con: (Presidente del Comité de Ética de Investigación del Hospital Nacional Docente Madre Niño San Bartolomé – Lima **Teléfono: 3309010 - 3309011** o directamente con los investigadores 991170303)



## ANEXO Nº 6

### VARIABLES SOCIODEMOGRÁFICAS DE LA MADRE

#### Descriptive Statistics

	N	Minimum	Maximum	Mean	Std. Deviation
EDAD DE LA MADRE	100	17.00	46.00	27.7600	6.15149
TIEMPO DE PUÉRPERA EN MESES	100	1.00	11.00	4.5650	3.22291
Valid N (listwise)	100				

#### NIVEL SOCIOECONÓMICO

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	ALTO	6	3.0	6.0	6.0
	MEDIO	82	41.0	82.0	88.0
	BAJO	12	6.0	12.0	100.0
	Total	100	50.0	100.0	
Missing	System	100	50.0		
Total		200	100.0		

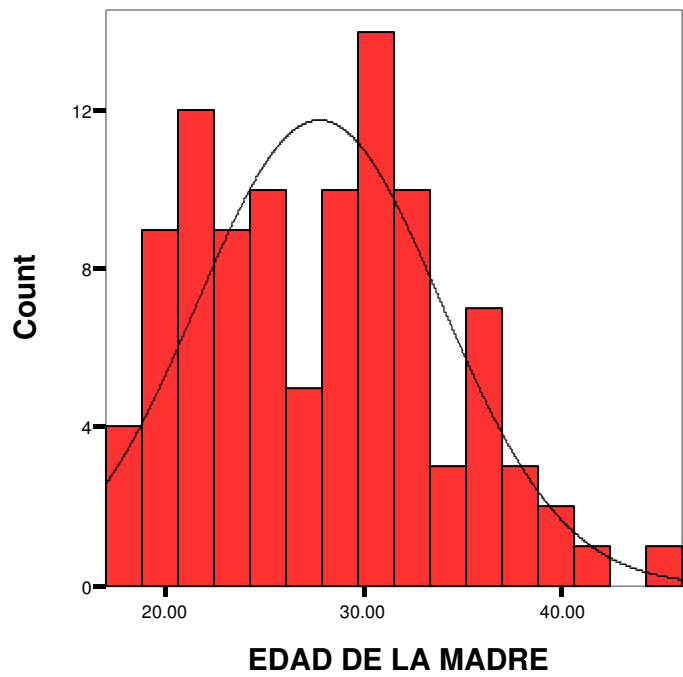
#### NIVEL EDUCATIVO

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	PRIMARIA	6	3.0	6.0	6.0
	SECUNDARIA	59	29.5	59.0	65.0
	SUPERIOR	35	17.5	35.0	100.0
	Total	100	50.0	100.0	
Missing	System	100	50.0		
Total		200	100.0		

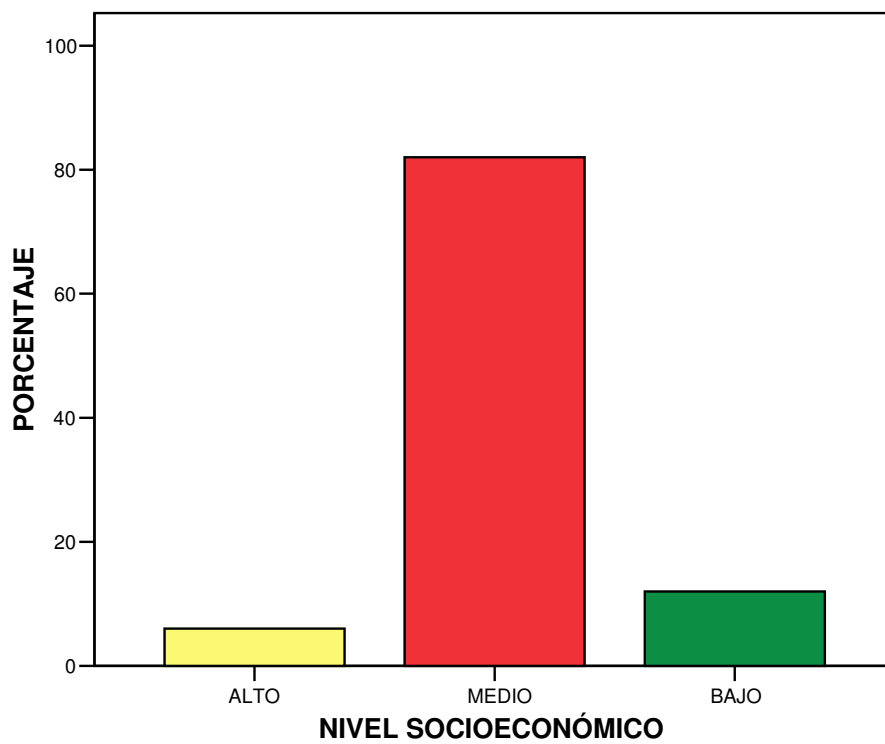
#### ESTADO CIVIL DE LA MADRE

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	SOLTERA	12	6.0	12.0	12.0
	CASADA	28	14.0	28.0	40.0
	SEPARADA	2	1.0	2.0	42.0
	VIUDA	2	1.0	2.0	44.0
	CONVIVIENTE	56	28.0	56.0	100.0
	Total	100	50.0	100.0	
Missing	System	100	50.0		
Total		200	100.0		

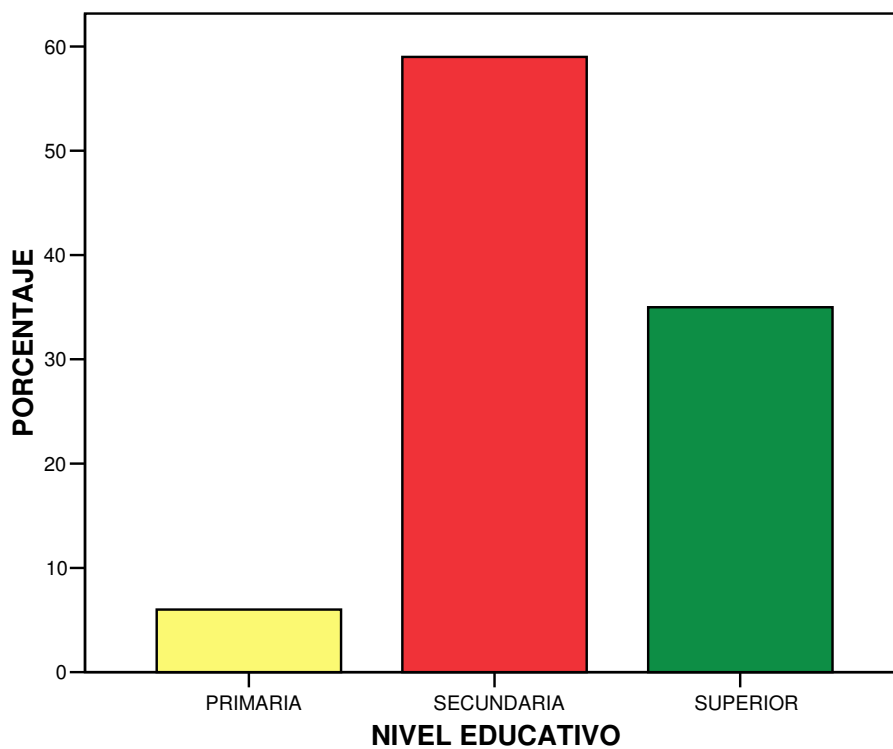
### DISTRIBUCIÓN DE LAS PUÉRPERAS SEGÚN LA EDAD



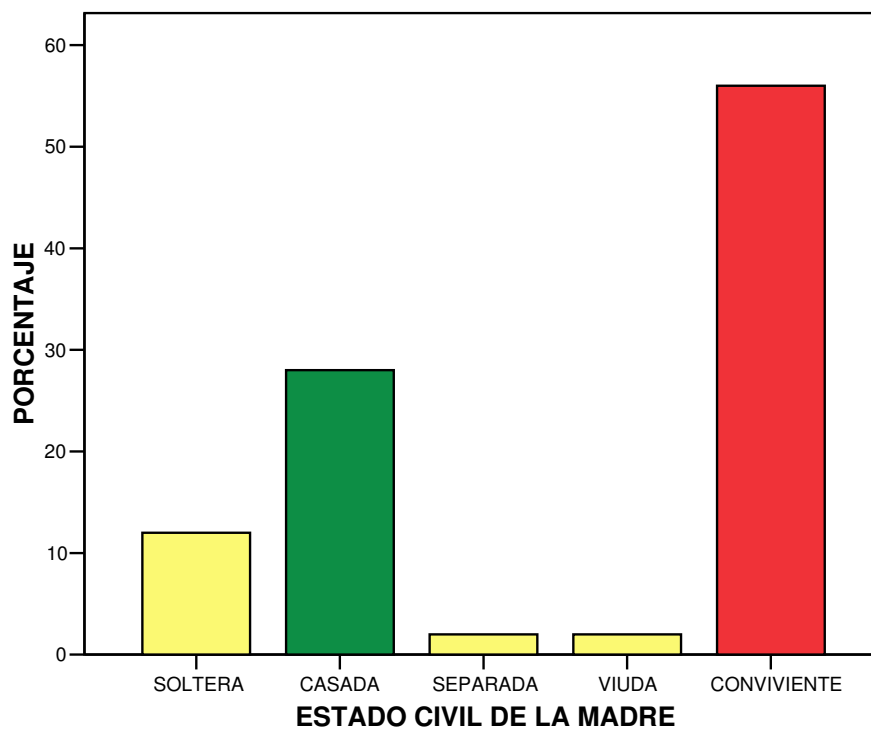
### NIVEL SOCIOECONÓMICO



### NIVEL EDUCATIVO



### ESTADO CIVIL DE LA MADRE



## ANEXO Nº 7

### PLANIFICACIÓN DEL EMBARAZO Y TIPO DE PARTO

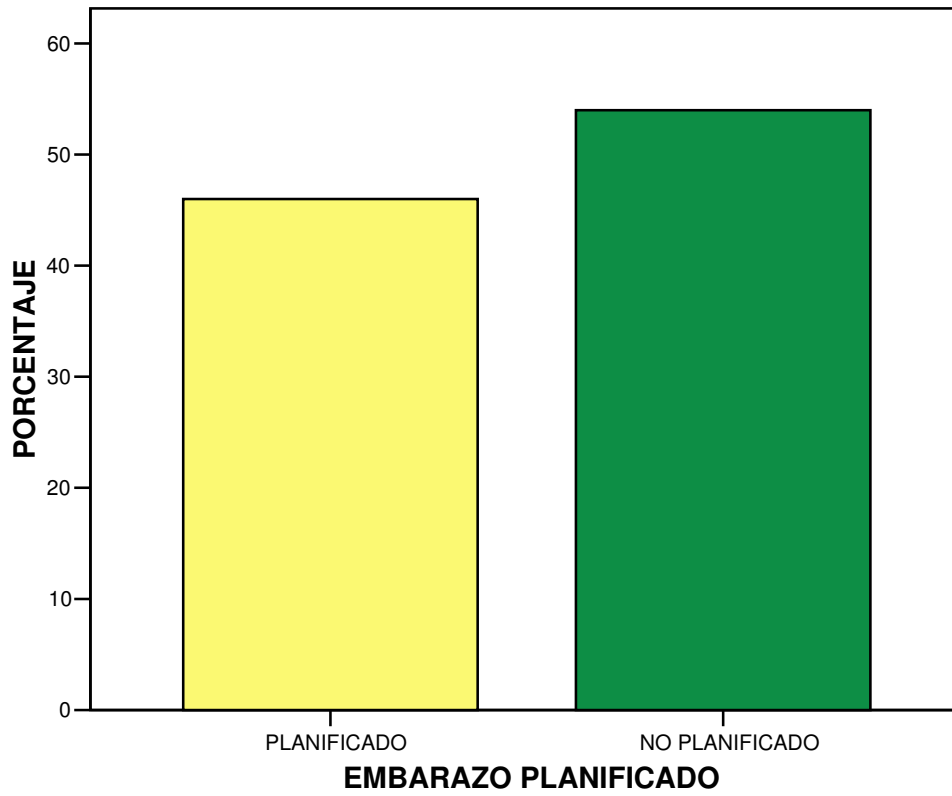
#### EMBARAZO PLANIFICADO

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	PLANIFICADO	46	23.0	46.0	46.0
	NO PLANIFICADO	54	27.0	54.0	100.0
	Total	100	50.0	100.0	
Missing	System	100	50.0		
Total		200	100.0		

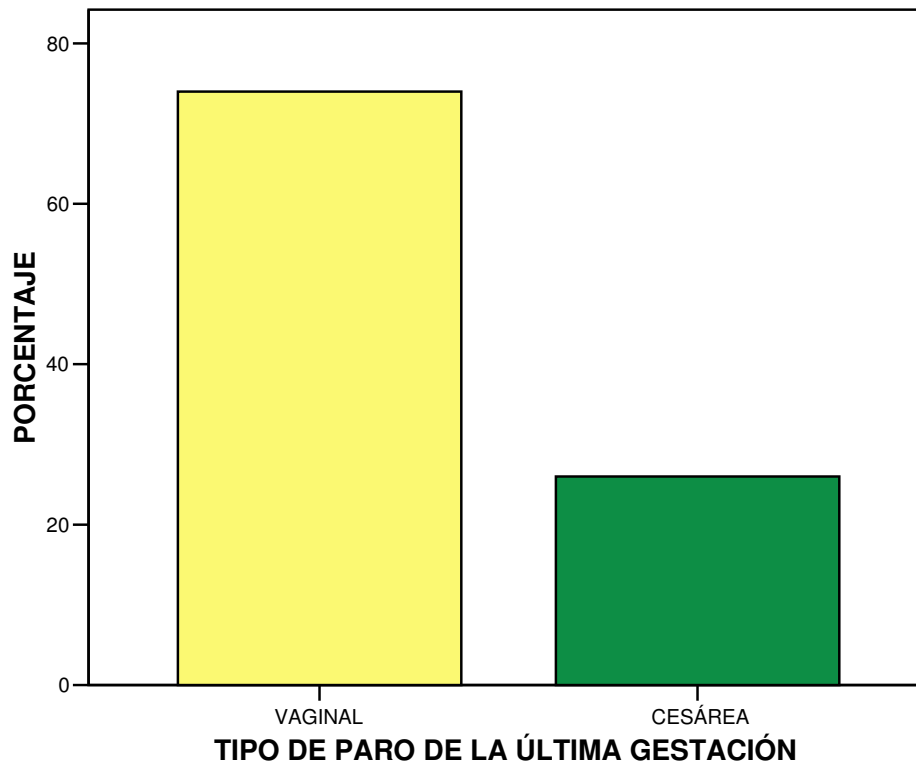
#### TIPO DE PARTO DE LA ÚLTIMA GESTACIÓN

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	VAGINAL	74	37.0	74.0	74.0
	CESÁREA	26	13.0	26.0	100.0
	Total	100	50.0	100.0	
Missing	System	100	50.0		
Total		200	100.0		

## EMBARAZO PLANIFICADO



## TIPO DE PARO DE LA ÚLTIMA GESTACIÓN



## ANEXO Nº 8

### ESTADO AFECTIVO ANTES DURANTE Y DESPUÉS DE LA GESTACIÓN

#### AUTOESTIMA

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	NORMAL	96	48.0	96.0	96.0
	BAJA	4	2.0	4.0	100.0
	Total	100	50.0	100.0	
Missing	System	100	50.0		
Total		200	100.0		

#### ¿SE HA SENTIDO DEPRIMIDA DURANTE EL EMBARAZO?

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	SE SINTIO DEPRIMIDA	72	36.0	72.0	72.0
	NO SE SINTIÓ DEPRIMIDA	28	14.0	28.0	100.0
	Total	100	50.0	100.0	
Missing	System	100	50.0		
Total		200	100.0		

#### ¿SE HA SENTIDO ANSIOSA DURANTE EL EMBARAZO?

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	SE SINTIO ANSIOSA	47	23.5	47.0	47.0
	NO SE SINTIÓ ANSIOSA	53	26.5	53.0	100.0
	Total	100	50.0	100.0	
Missing	System	100	50.0		
Total		200	100.0		

#### HISTORIA DE DEPRESIÓN PREVIA AL EMBARAZO

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	CON DEPRESIÓN ANTES DEL EMBARAZO	27	13.5	27.0	27.0
	SIN DEPRESIÓN ANTES DEL EMBARAZO	73	36.5	73.0	100.0
	Total	100	50.0	100.0	
Missing	System	100	50.0		
Total		200	100.0		

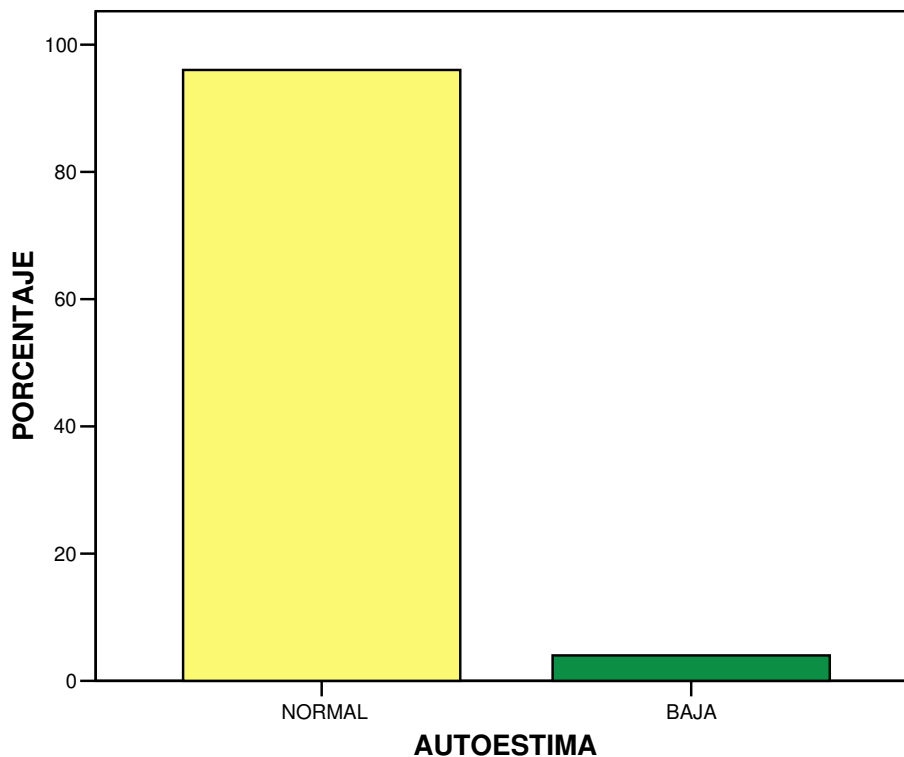
**¿HA SUFRIDO DE EVENTOS ESTRESANTES DURANTE LA GESTACIÓN?**

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	SI	68	34.0	68.0	68.0
	NO	32	16.0	32.0	100.0
	Total	100	50.0	100.0	
Missing	System	100	50.0		
Total		200	100.0		

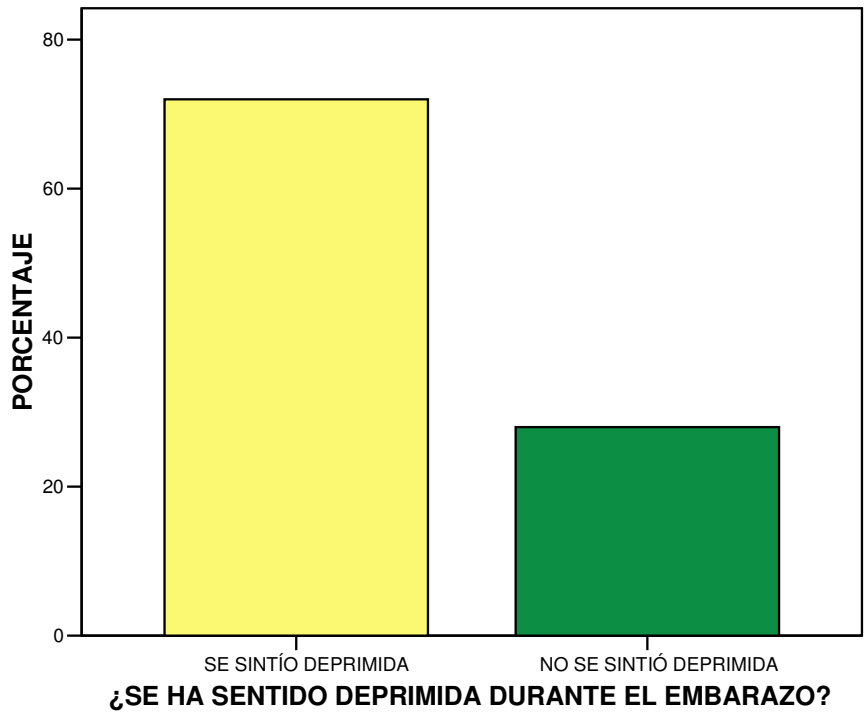
**TRISTEZA MATERNA**

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	PRESENTO TRISTEZA MATERNA	51	25.5	51.0	51.0
	NO PRESENTÓ TRISTEZA MATERNA	49	24.5	49.0	100.0
	Total	100	50.0	100.0	
Missing	System	100	50.0		
Total		200	100.0		

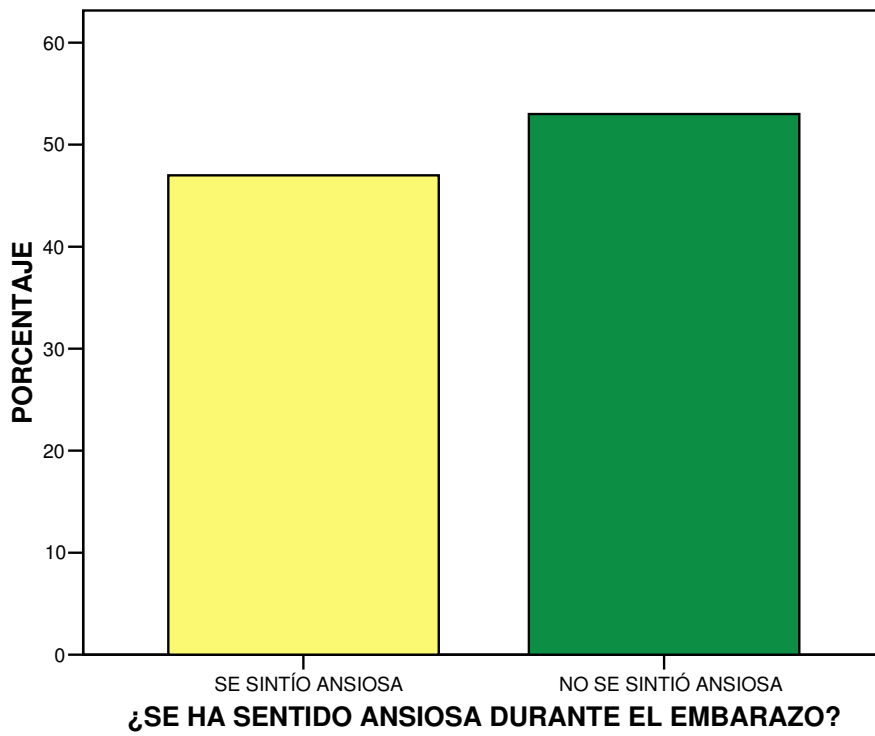
**AUTOESTIMA**



**¿SE HA SENTIDO DEPRIMIDA DURANTE EL EMBARAZO?**

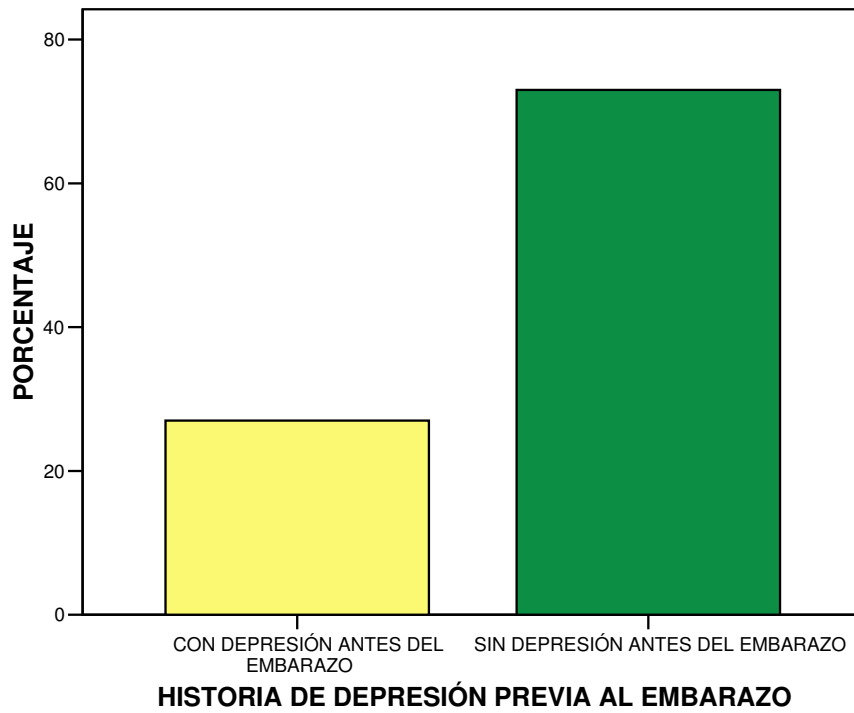


**¿SE HA SENTIDO ANSIOSA DURANTE EL EMBARAZO?**

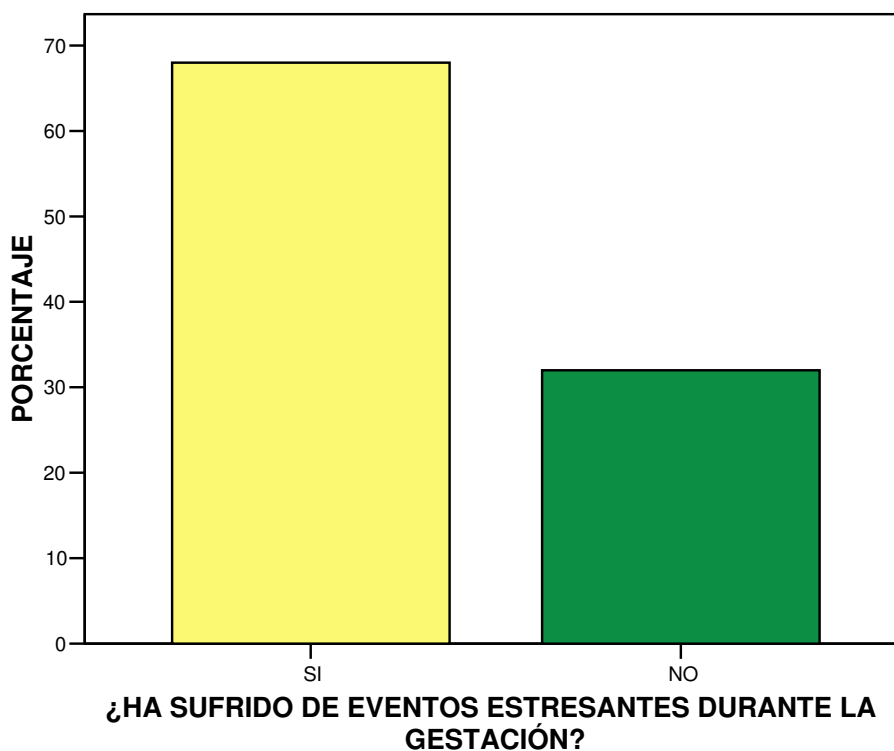




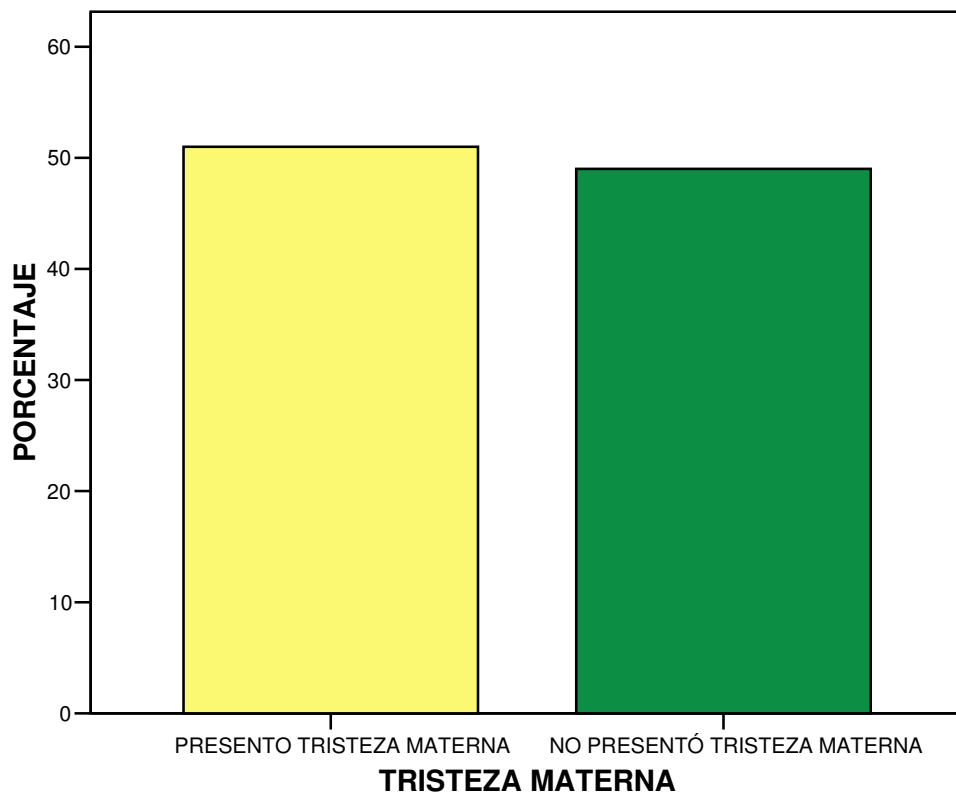
### HISTORIA DE DEPRESIÓN PREVIA AL EMBARAZO



### ¿HA SUFRIDO DE EVENTOS ESTRESANTES DURANTE LA GESTACIÓN?



### TRISTEZA MATERNA



## ANEXOS Nº 9

### SOPORTE SOCIAL, SATISFACCIÓN MARITAL, PROBLEMAS CON EL CUIDADO Y EL COMPORTAMIENTO DEL BEBÉ

#### SOPORTE SOCIAL

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	ADECUADO	82	41.0	82.0	82.0
	INADECUADO	18	9.0	18.0	100.0
	Total	100	50.0	100.0	
Missing	System	100	50.0		
Total		200	100.0		

#### SATISFACCIÓN MARITAL

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	ADECUADA	58	29.0	58.0	58.0
	INADECUADA	42	21.0	42.0	100.0
	Total	100	50.0	100.0	
Missing	System	100	50.0		
Total		200	100.0		

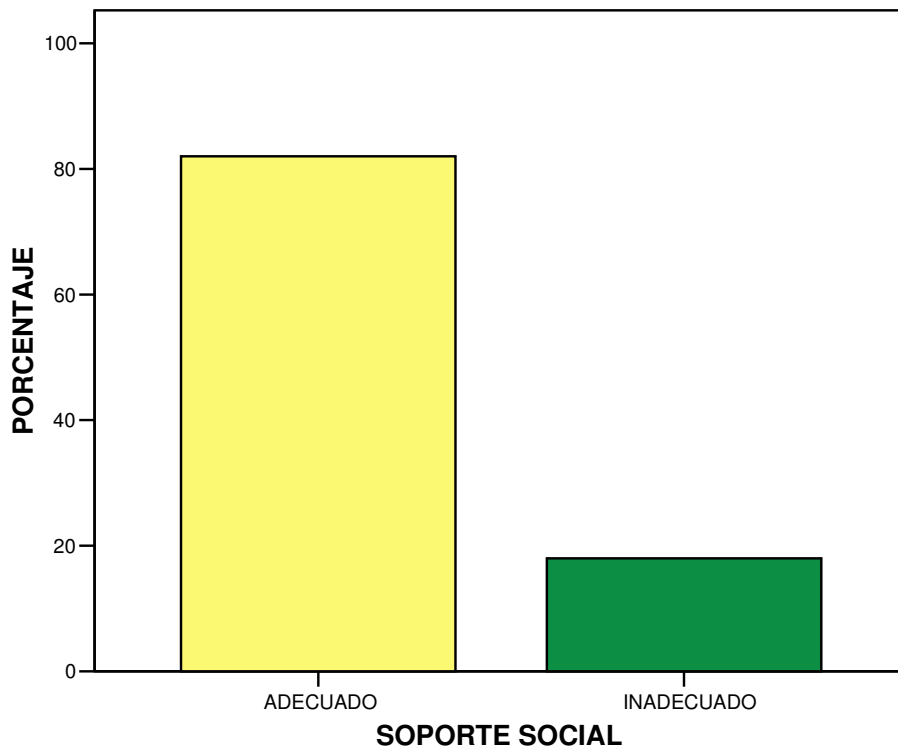
#### PROBLEMAS CON EL CUIDADO DEL BEBÉ

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	SI	37	18.5	37.0	37.0
	NO	63	31.5	63.0	100.0
	Total	100	50.0	100.0	
Missing	System	100	50.0		
Total		200	100.0		

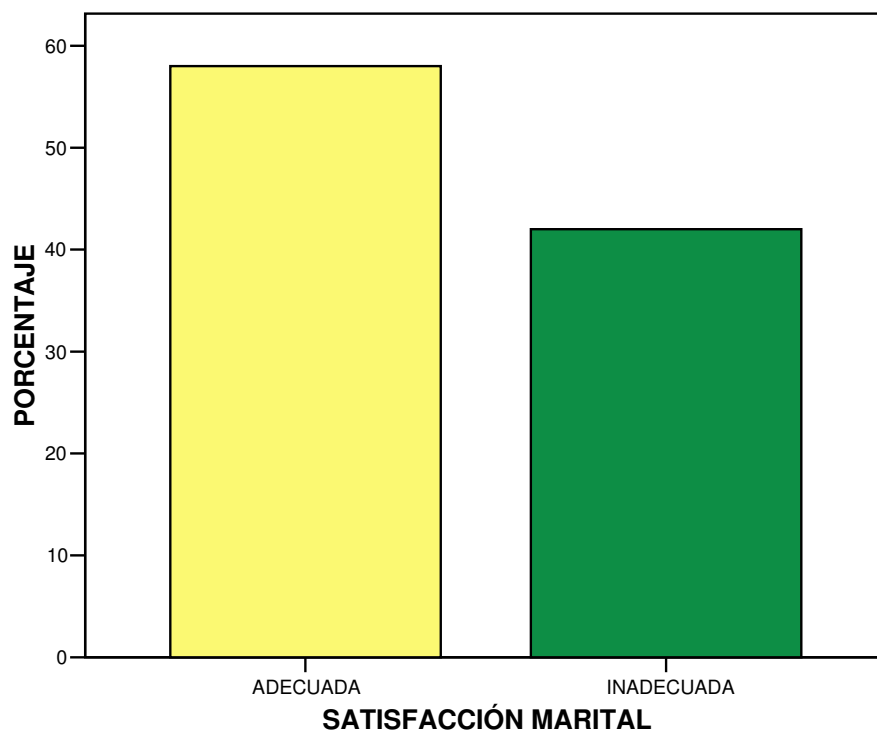
#### PROBLEMAS CON EL COMPORTAMIENTO DEL BEBÉ

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	SI	34	17.0	34.0	34.0
	NO	66	33.0	66.0	100.0
	Total	100	50.0	100.0	
Missing	System	100	50.0		
Total		200	100.0		

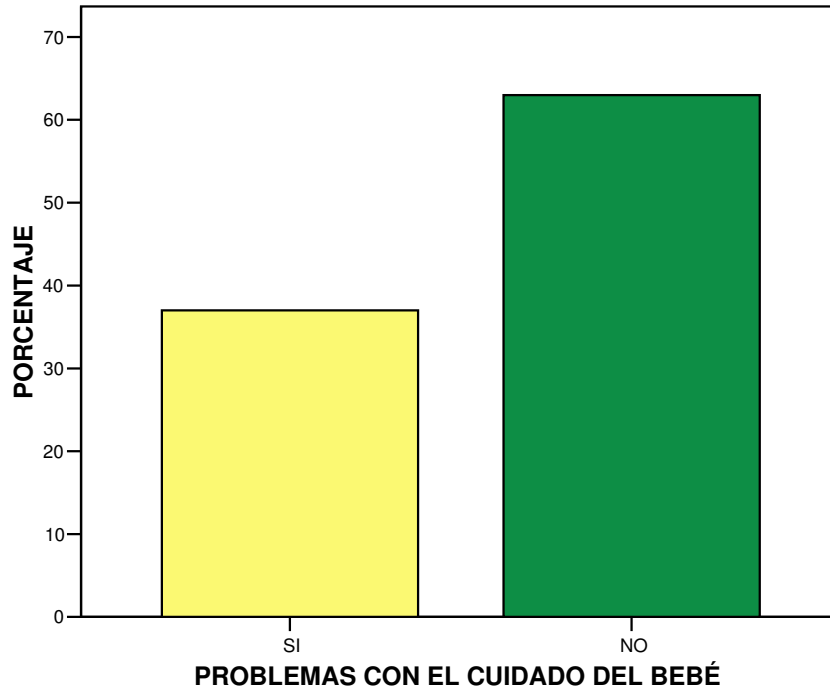
### SOPORTE SOCIAL



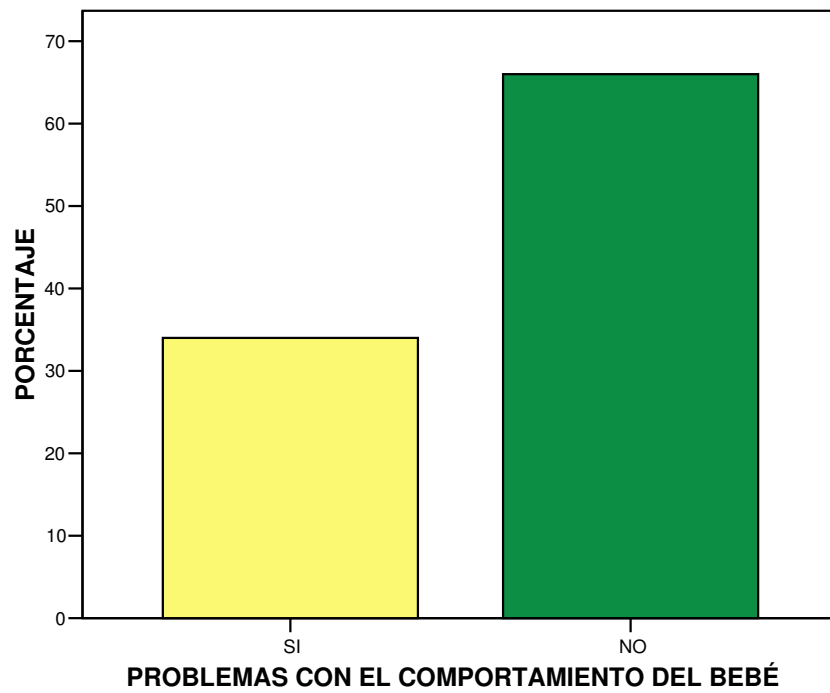
### SATISFACCIÓN MARITAL



### PROBLEMAS CON EL CUIDADO DEL BEBÉ



### PROBLEMAS CON EL COMPORTAMIENTO DEL BEBÉ



## ANEXO Nº 10

### DEPRESIÓN POST-PARTO

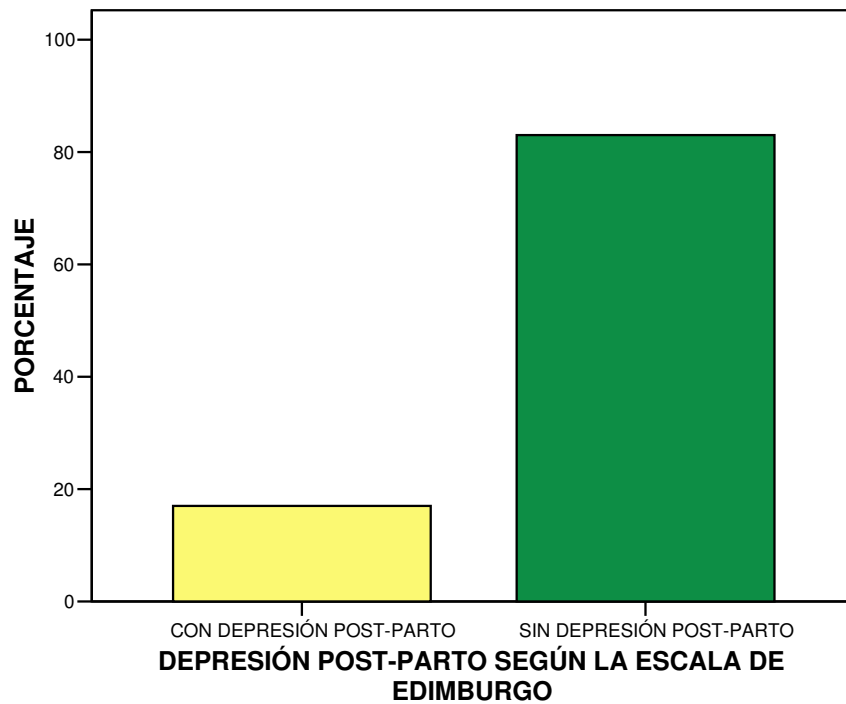
#### DEPRESIÓN POST-PARTO SEGÚN LA ESCALA DE EDIMBURGO

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	CON DEPRESION POST-PARTO	17	8.5	17.0	17.0
	SIN DEPRESIÓN POST-PARTO	83	41.5	83.0	100.0
	Total	100	50.0	100.0	
Missing	System	100	50.0		
Total		200	100.0		

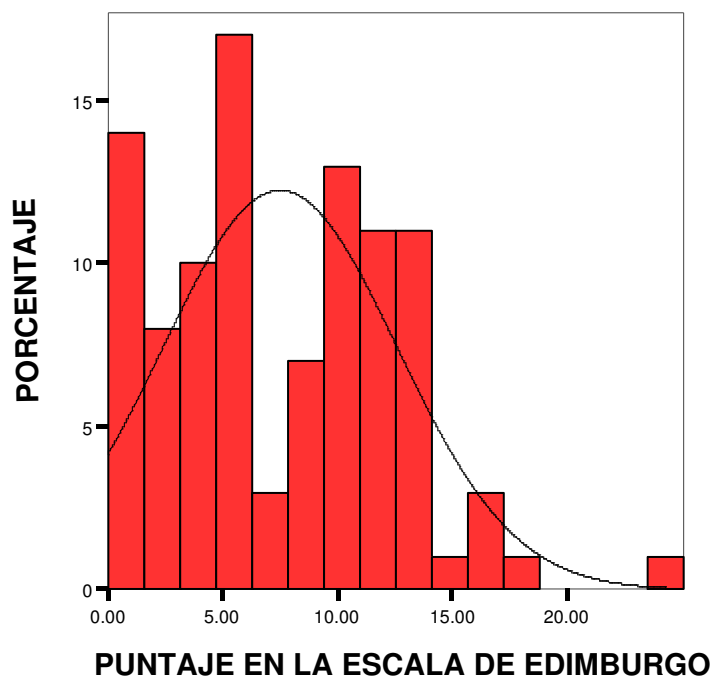
#### PUNTAJES OBTENIDOS EN LA ESCALA DE DEPRESIÓN POST-NATAL DE EDIMBURGO

	N	Minimum	Maximum	Mean	Std. Deviation
PUNTAJE EN LA ESCALA DE EDIMBURGO	100	.00	25.00	7.5000	5.08811
Valid N (listwise)	100				

### DEPRESIÓN POST-PARTO SEGÚN LA ESCALA DE EDIMBURGO



### PUNTUACIÓN OBTENIDA EN LA ESCALA DE DEPRESIÓN POST-NATAL DE EDIMBURGO



## DEPRESIÓN POST-PARTO / NIVEL SOCIOECONÓMICO

**Crosstab**

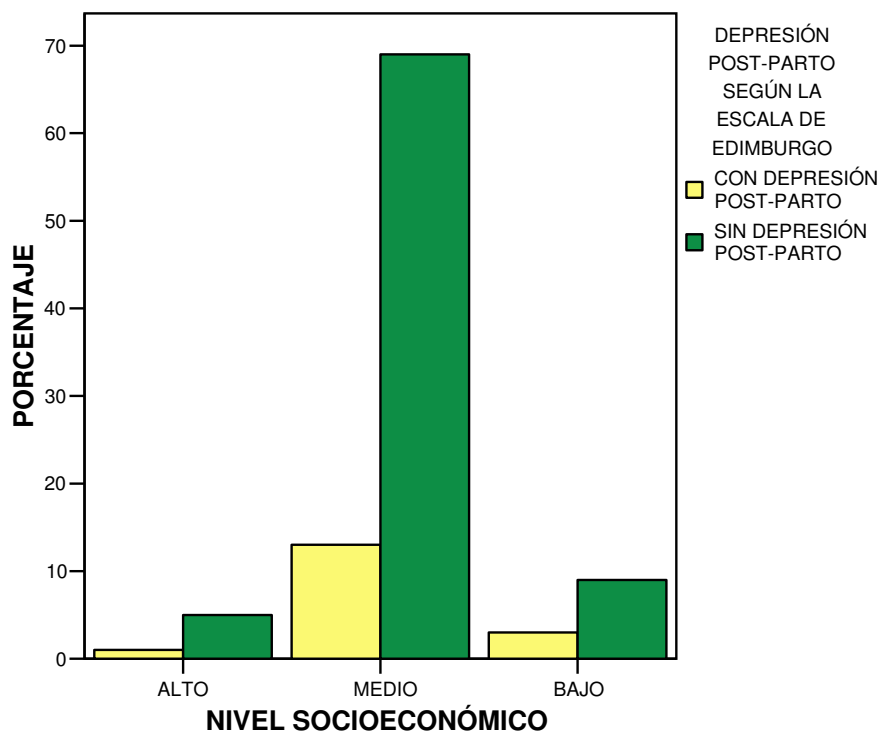
Count		DEPRESIÓN POST-PARTO SEGÚN LA ESCALA DE EDIMBURGO		Total
		CON DEPRESIÓN POST-PARTO	SIN DEPRESIÓN POST-PARTO	
NIVEL SOCIOECONÓMICO	ALTO	1	5	6
	MEDIO	13	69	82
	BAJO	3	9	12
Total		17	83	100

**Chi-Square Tests**

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	.621 <sup>a</sup>	2	.733
Likelihood Ratio	.568	2	.753
Linear-by-Linear Association	.382	1	.537
N of Valid Cases	100		

a. 3 cells (50.0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 1.02.

### NIVEL SOCIOECONÓMICO Y DEPRESIÓN POST-PARTO





## DEPRESIÓN POST-PARTO / NIVEL EDUCATIVO

### Crosstab

Count

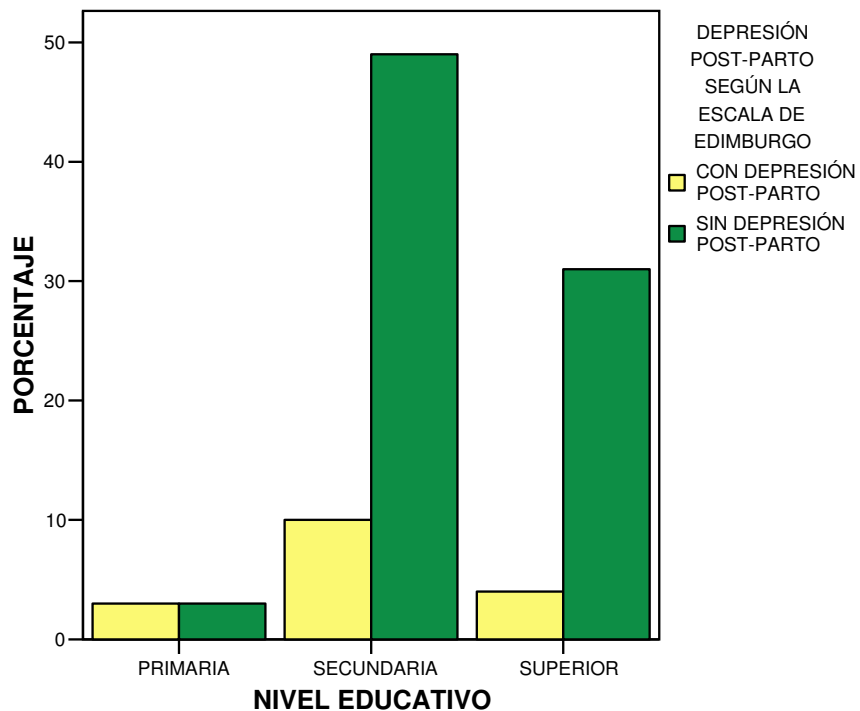
		DEPRESIÓN POST-PARTO SEGÚN LA ESCALA DE EDIMBURGO		Total
		CON DEPRESIÓN POST-PARTO	SIN DEPRESIÓN POST-PARTO	
NIVEL EDUCATIVO	PRIMARIA	3	3	6
	SECUNDARIA	10	49	59
	SUPERIOR	4	31	35
Total		17	83	100

### Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	5.401 <sup>a</sup>	2	.067
Likelihood Ratio	4.283	2	.117
Linear-by-Linear Association	3.325	1	.068
N of Valid Cases	100		

a. 2 cells (33.3%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 1.02.

### NIVEL EDUCATIVO Y DEPRESIÓN POST-PARTO



## DEPRESIÓN POST-PARTO / ESTADO CIVIL DE LA MADRE

**Crosstab**

Count		DEPRESIÓN POST-PARTO SEGÚN LA ESCALA DE EDIMBURGO		Total
		CON DEPRESIÓN POST-PARTO	SIN DEPRESIÓN POST-PARTO	
ESTADO CIVIL DE LA MADRE	SOLTERA	1	11	12
	CASADA	2	26	28
	SEPARADA	1	1	2
	VIUDA	0	2	2
	CONVIVIENTE	13	43	56
Total		17	83	100

**Chi-Square Tests**

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	6.053 <sup>a</sup>	4	.195
Likelihood Ratio	6.423	4	.170
Linear-by-Linear Association	3.368	1	.066
N of Valid Cases	100		

a. 6 cells (60.0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is .34.

### ESTADO CIVIL Y DEPRESIÓN POST-PARTO

