

UNIVERSIDAD NACIONAL MAYOR DE SAN MARCOS
FACULTAD DE MEDICINA
ESCUELA ACADÉMICO PROFESIONAL DE OBSTETRICIA

**Factores de riesgo para la depresión posparto en madres
adolescentes atendidas en el hospital nacional Daniel
Alcides Carrion durante abril – junio, 2015.**

TESIS

Para optar el Título de Licenciada en Obstetricia

AUTOR

Atencia Olivas, Stephanie María

ASESOR:

Lic. Flor Alvarado Rodríguez

Lima - Perú

2015

AGRADECIMIENTO

En primer lugar a Dios por haberme guiado siempre, a mis padres Florencio y María, a mi Hermana Jacky, a mi asesora, por su orientación y tiempo brindado en la realización del presente trabajo. A mí querida alma mater UNMSM por brindarme todos estos años de enseñanzas, a los docentes, al HNDAC donde por un año me brindaron conocimientos y experiencias para mi formación profesional y permitieron el desarrollo de esta investigación, y a todos aquellos que incondicionalmente me han apoyado a lo largo de todo este camino.

DEDICATORIA

Este logro se lo dedico a Dios porque ha estado conmigo en cada paso que doy, cuidándome y dándome fortaleza para continuar y no desmayar en los problemas que se presentaban, a mis padres, pilares fundamentales en mi vida, por su apoyo constante e incondicional, depositando su entera confianza en cada reto que se me presentaba sin dudar ni un solo momento de mi inteligencia y capacidad, a mi hermana por confiar siempre en mí apoyándome en los momentos más difíciles, a mi familia, mi abuelita a quien extraño tanto, sé que está cuidándome y bendiciéndome siempre desde el cielo. Por ellos soy lo que soy ahora.

ÍNDICE

	Pág.
RESUMEN	5
ABSTRACT	6
1. INTRODUCCIÓN	7
2. MATERIAL Y METODOS	22
2.1 TIPO Y DISEÑO DE INVESTIGACIÓN	22
2.2 POBLACIÓN DE ESTUDIO	22
2.3 MUESTRA DE ESTUDIO O TAMAÑO MUESTRAL	22
2.4 DESCRIPCIÓN DE VARIABLES	23
2.5 TÉCNICAS E INSTRUMENTOS.....	24
2.6 PLAN DE PROCEDIMIENTO Y ANÁLISIS DE DATOS	26
2.7 CONSIDERACIONES ÉTICAS	27
3. RESULTADOS	28
4. DISCUSIONES	36
5. CONCLUSIONES	38
6. RECOMENDACIONES	39
7. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	39
8. ANEXOS	43

RESUMEN

OBJETIVO: Determinar los factores de riesgo para la depresión postparto en las madres adolescentes atendidas en el Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión durante el periodo de abril a junio del 2015.

METODOLOGÍA: Se realizó un estudio observacional, analítico de casos y controles, prospectivo, transversal, donde la muestra estuvo conformada por 180 madres adolescentes, que se dividieron en dos grupos: 90 pacientes que tuvieron depresión postparto (casos) y 90 pacientes sin depresión postparto (control). A ambos grupos se les aplicó la escala de Edimburgo y un formulario de evaluación de los factores de riesgo. Para el análisis descriptivo se utilizaron frecuencias absolutas y relativas, para el análisis inferencial se utilizaron estadísticos de asociación (χ^2) y para determinar el riesgo se utilizó el Odds Ratio (OR).

RESULTADOS: Los factores obstétricos de riesgo con asociación significativa para depresión postparto son: presentar enfermedades durante el embarazo ($p=0.025$; OR: 1.96), hospitalización durante la gestación ($p<0.001$; OR: 3.29), complicaciones durante el parto ($p<0.001$; OR: 8.08), parto por cesárea ($p=0.005$; OR: 3.08), dificultad para la lactancia materna ($p=0.002$; OR: 2.60) y bebe hospitalizado por complicaciones ($p<0.001$; OR: 13.69). Los factores psicológicos de riesgo para depresión postparto son el recibir insultos de familiares o pareja ($p<0.001$; OR: 3.29), la sensación de ansiedad ($p=0.003$; OR: 2.81), la sensación de melancolía ($p=0.001$; OR: 3.01), la sensación de culpabilidad ($p<0.001$; OR: 6.05), la dificultad para concentrarse ($p<0.001$; OR: 2.50), la dificultad para criar al bebé ($p=0.005$; OR: 11.13), el tener un embarazo no deseado ($p=0.009$; OR: 2.38), la depresión antes de la gestación ($p=0.002$; OR: 9.00), la depresión durante la gestación ($p<0.001$; OR: 5.73), la vivencia de un hecho estresante ($p<0.001$; OR: 3.81), el antecedente familiar de depresión ($p=0.02$; OR: 2.63), el no contar con el apoyo emocional de la pareja ($p<0.001$; OR: 3.96) y el no tener una buena relación con la pareja ($p<0.001$; OR: 42.31). Asimismo, los factores sociales de riesgo para depresión postparto son el tener una pareja que no cuenta con trabajo ($p<0.001$; OR: 7.82), el no tener el apoyo económico de la pareja ($p<0.001$; OR: 32.36) y el consumo de sustancias nocivas ($p=0.023$; OR: 5.24).

CONCLUSIÓN: Los principales factores de riesgo para la depresión postparto en las madres adolescentes atendidas en el Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión son la mala relación con la pareja, la falta de apoyo económico de la pareja y la hospitalización del bebe por alguna complicación.

PALABRAS CLAVES: Adolescente, depresión postparto, factores de riesgo.

ABSTRACT

OBJECTIVE: To determine the risk factors for postpartum depression in adolescents mothers attended in the National Hospital Daniel Alcides Carrión during the period from April to June 2015.

METHODOLOGY: It is an observational study, analytical of cases and controls, prospective, cross-sectional. Where the sample was composed of 180 adolescents mothers, 90 of whom were patients with depression (cases) and 90 patients without depression (control) was found after having applied the scale of Edinburgh, and then apply a form of evaluation of the risk factors.

RESULTS: The risk factors with significant association, for the obstetric factors are: the diseases during pregnancy ($p=0,025$), hospitalization during gestation ($p<0.001$), complications during childbirth ($p<0.001$), delivery by cesarean section ($p=0,005$), the difficulty breastfeeding ($p=0,002$), baby hospitalized for complications ($p<0.001$). Within the psychological factors; the receiving insults of family or couple ($p<0.001$), the feeling of anxiety ($p=0.003$), the sense of melancholy ($p=0.001$), the feeling of guilt ($p<0.001$), the difficulty focusing ($p<0.001$), the difficulty in raising the baby ($p=0.005$), having an unwanted pregnancy ($p=0,009$), the depression before the pregnancy ($p=0.002$), the depression during pregnancy ($p<0.001$), the experience of a stressful event ($p<0.001$), family history of depression ($p=0.02$), not having the emotional support of the couple ($p<0.001$) and not having a good relationship with the couple ($p<0.001$). Within the social factors that do not have a partner account with work ($p<0.001$), he does not have the financial support of the couple ($p<0.001$) and the consumption of harmful substances ($p=0,023$), had statistically significant frequencies.

CONCLUSIONS: The main risk factors for postpartum depression in adolescent mothers met in the National Hospital Daniel Alcides Carrion are the bad relationship with the couple, the lack of economic support from the couple and the hospitalization of the baby by any complication.

KEYWORDS: Adolescents, postpartum depression, risk factors.

1. INTRODUCCIÓN

El puerperio es una etapa en donde se presentan diversos cambios bioquímicos, hormonales, psicológicos y sociales, los cuales ocasionan un estado de mayor vulnerabilidad en la mujer, siendo favorable para la aparición de trastornos psíquicos. En el año 2013, en Latino América se reportó que entre el 50 y 80% de mujeres sufren algún tipo de alteración durante el puerperio, las cuales pueden ir desde molestias leves y transitorias como la tristeza y el llanto, o inclusive angustia y dificultad para vincularse con su hijo, hasta situaciones graves como inclinaciones suicidas¹.

La depresión posparto es un trastorno o episodio depresivo que se inicia posterior al parto y puede mantenerse durante el puerperio, o inclusive puede permanecer después de éste. Esta patología representa una importante afección de la salud mental en la mujer, sobre todo en las madres adolescentes donde se predice un mayor riesgo de deserción escolar, de abuso o negligencia hacia el niño y mayor probabilidad de un segundo embarazo adolescente¹.

La OMS señala que entre el 20 y 40% de las mujeres en países en desarrollo sufren de depresión durante el embarazo o postparto². Algunos estudios (realizados por Cox, Dennis y Beck y citados por Aramburu y cols.), señalan que la depresión posparto tiene un amplio rango de prevalencias que va desde el 1 al 39%, dependiendo del país de diagnóstico y la escala usada. Según la Escala de Depresión Posparto de Edimburgo, en Inglaterra la incidencia de depresión posparto es de 10 a 15% y la prevalencia de 8.2 a 14.9%, en Chile la prevalencia a las 12 semanas post parto es de 43% y la incidencia de 32.5%, en Estados Unidos la incidencia es de 8 a 26%, en España es de 25.8% y en Brasil es de 12%; los países que presentan una prevalencia de depresión posparto más frecuente son la India (32%), Korea (36%), Guyanas (57%) y Taiwán (61%)³. Sin embargo, es difícil determinar la prevalencia real de este trastorno, porque los estudios difieren extremadamente en lo que se refiere a metodología empleada y a las poblaciones analizadas, pero puede aceptarse que del 10 al 20% de las puérperas son afectadas por esta entidad⁴.

Asimismo, es importante tener en cuenta que este trastorno psíquico puede ocurrir por diversas causas o factores, sean de origen psicológico, social, familiar, etc., los cuales se acentúan en población adolescentes, por los cambios de este grupo etáreo. Estos factores han sido evaluados por algunas investigaciones como:

En el año 2014 en Venezuela (Hospital Chiquinquirá de Maracaibo), Rosas efectuó un estudio titulado “Depresión postparto en adolescentes”, encontrando que la falta de apoyo de la pareja y la falta de apoyo familiar constituyeron factores estadísticamente significativos para el desarrollo de depresión postparto⁵.

Asimismo, Molero y asociados en el año 2014 en Venezuela publicaron una investigación denominada “Prevalencia de depresión postparto en puérperas adolescentes y adultas”, en la que observaron que las madres adolescentes tuvieron un mayor riesgo de presentar DPP por mayor frecuencia de ansiedad, sentimiento de culpa y dificultad para la concentración⁴.

En Canadá, Secco y asociados en el año 2007 desarrollaron un trabajo titulado “Factores que influyen en los síntomas depresivos posparto de las madres adolescentes”, en el cual hallaron que la emocionalidad materna en respuesta a la atención infantil y el nivel socioeconómico predijeron significativamente los síntomas depresivos posparto, mientras que el apoyo familiar, el apoyo de amigos y el apoyo social no fueron predictores significativos de síntomas depresivos posparto⁶.

Por otro lado, Delgado en el año 2013 en Venezuela realizó un estudio que lleva por título “Factores de riesgo asociados a depresión postparto en adolescentes”, en el que encontró que factores como el control prenatal, los trastornos médicos, las complicaciones durante el parto, la lactancia materna, los antecedentes depresivos, el apoyo familiar y/o de la pareja, el embarazo no planificado, el consumo de sustancias nocivas y la actividad laboral no se relacionaron para riesgo de depresión posparto⁷.

En el Perú, aproximadamente el 24,1% de mujeres padece de depresión posparto, no obstante esta cifra no es del todo confiable, pues no existen muchos estudios que avalen este porcentaje⁴ y otros trastornos del estado de ánimo en el postparto; debido a la falta de información, no son considerados patológicos y suelen atribuirse a una dificultad en la capacidad de la madre o a la falta de fortaleza y determinación para superar un periodo difícil de la maternidad. Esta realidad no es ajena al Hospital Daniel Alcides Carrión, se estima que por mes se atiende de 70 a 80 partos mensuales de adolescentes, presentándose en la mayoría de ellas sintomatología que nos indican una posible depresión posparto, sin embargo no se ha realizado algún estudio que demuestre esta reflexión, puesto que no existen registros en el Hospital que sustenten lo observado en la práctica clínica. El no tomar este trastorno con la debida seriedad y no diagnosticarlo a tiempo podría hacer que los síntomas se intensifiquen o que el

problema se convierta en un padecimiento crónico, y que la mujer, el recién nacido, la pareja y la familia, tengan una mala calidad de vida; y en determinados casos, como resultado de la falta de una intervención apropiada, puedan presentarse consecuencias graves y estar en riesgo la vida de la mujer y/o de su hijo.

Para conocer con mayor amplitud el tema de la depresión postparto en la adolescencia y los factores de riesgo, se presenta el fundamento teórico respecto al tema en mención.

Durante el embarazo y el puerperio se presentan cambios bioquímicos, hormonales, psicológicos y sociales que ocasionan una mayor vulnerabilidad en la mujer para la aparición de trastornos psíquicos. Cerca del 80% de las mujeres sufren algún tipo de alteración durante estas etapas, las cuales pueden ir desde molestias leves y transitorias como la tristeza y el llanto, síntomas como la angustia y la dificultad de vincularse con su hijo, hasta situaciones graves como inclinaciones suicidas¹.

Existen tres tipos de alteraciones que pueden presentarse en el postparto: la tristeza postparto (disforia postparto) o Maternity Blues, psicosis postparto y depresión postparto.

La tristeza postparto o disforia postparto es una forma muy leve de depresión, se llama comúnmente Baby Blues y se describe como una alteración de los estados de ánimo, debido principalmente a cambios hormonales (especialmente bajos niveles de estrógeno o anormalidades de la tiroides), psicológicos y sociales. Éstos tienen una intensidad y duración variable, y suelen aparecer entre el segundo y cuarto día posterior al parto, teniendo una duración de hasta dos a seis semanas. Los síntomas pueden incluir sentimientos de agotamiento, confusión y nerviosismo. En el período postparto, la mujer con "tristeza" llorará frecuentemente y lo hará por largos períodos^{8,9}.

La psicosis postparto es un acontecimiento relativamente raro (1 en cada 1,000 nacimientos), cuyo comienzo se da generalmente durante los tres primeros meses del período postparto y tiende a ser severa y rápida. Suele iniciar 48 a 72 horas luego del parto, y rara vez inicia más allá de las 4 semanas. Los síntomas incluyen: pérdida del apetito, hiperactividad, confusión, fatiga, cambios de temperamento, pérdida de la memoria, y delirios o alucinaciones tanto auditivas como visuales. A estas mujeres a menudo las abruma un agobiante sentido de vergüenza y desesperanza^{8,9}.

La depresión postparto se sitúa en un punto intermedio entre la tristeza puerperal y la psicosis puerperal, tanto en gravedad como en incidencia. Es un tipo de depresión que afecta a algunas mujeres poco después de dar a luz.

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), la depresión es un trastorno mental frecuente, que se caracteriza por la presencia de tristeza, pérdida de interés o placer, sentimientos de culpa o falta de autoestima, trastornos del sueño o del apetito, sensación de cansancio y falta de concentración. Asimismo, considera que, para el año 2020, la depresión será la primera causa de incapacidad laboral y tercera causa de morbilidad. Actualmente se estima que hay 340 millones de personas con depresión¹⁰.

La depresión postparto (DPP) es una forma de depresión que la madre experimenta después del nacimiento de su hijo hasta un año, producto de una combinación compleja de cambios físicos, emocionales y conductuales⁸.

Dentro de la nomenclatura psiquiátrica, la DPP es definida rigurosamente como un trastorno/episodio depresivo de inicio en el postparto. En el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM IV-TR), la clasificación es la siguiente: F32.x Trastorno depresivo mayor, episodio único (296.2x).

Mientras que en el CIE-10: trastornos mentales y del comportamiento, la categorización aparece como:

F32 Episodio depresivo leve, moderado o grave sin síntomas psicóticos.

F53.0 Trastornos mentales y del comportamiento en el puerperio no clasificados en otro lugar como leves (depresión postnatal/postparto NOS)¹.

El periodo postparto es un periodo de vulnerabilidad emocional y de alto riesgo para desarrollar desórdenes emocionales, así el 50 al 90% de las mujeres experimentan, en el postparto, diferentes grados de desórdenes afectivos, entre los que incluye “baby blues” y la depresión posparto. Esta última es la complicación psiquiátrica más común de la maternidad, ocurre en el 13% de mujeres después del parto y se diferencia del “baby blues”, porque ocurre en la mayoría de las madres primíparas³ La depresión posparto incluye síntomas como ganas de llorar, tristeza, labilidad emocional, irritabilidad, sentimiento de culpa, pérdida de apetito, ansiedad, confusión, problemas de sueño y sentimientos de incapacidad de hacer frente a las necesidades del hijo(a) y

problemas de memoria, teniendo un pico alrededor del cuarto día después del parto y se resuelve al décimo día. Algunas mujeres pueden preocuparse de forma excesiva por la salud del hijo(a) o verse a sí mismas como malas madres, inadecuadas o poco cariñosa^{11, 12}.

El estudio de la Depresión Posparto (DPP) tiene relevancia ya que ésta puede provocar alteraciones en el desarrollo emocional y cognitivo del bebé, una reducida interacción madre-hijo; y una mayor morbilidad y mortalidad materna³. Asimismo, la Depresión Posparto (DPP) se ha asociado con variables personales de la paciente, incluida la edad, pues los síntomas depresivos, según algunos estudios, son frecuentes entre gestantes adolescentes.

La adolescencia es una etapa entre la niñez y la edad adulta, que cronológicamente se inicia por los cambios puberales y que se caracteriza por profundas transformaciones biológicas, psicológicas y sociales, muchas de ellas generadoras de crisis, conflictos y contradicciones, pero esencialmente positivos. No es solamente un periodo de adaptación a los cambios corporales, sino una fase de grandes determinaciones hacia una mayor independencia psicológica y social¹³. La Organización Mundial de la Salud define como adolescencia al período de la vida en el cual el individuo adquiere la capacidad reproductiva, transita los patrones psicológicos de la niñez a la adultez y consolida la independencia socio-económica, fijando sus límites entre los 10 y 19 años, considerándose dos fases: la adolescencia temprana aquella entre los 10 y 14 años; y adolescente tardía entre los 15 y 19 años^{13, 14}.

En el Perú, la adolescencia es el período en el que una persona se prepara para ser un adulto productivo, con familia y con deberes ciudadanos. Los adolescentes no conforman un grupo homogéneo, pero los une la edad (entre 12 y 18 años).

Hay algo más de 3, 600,000 peruanos entre 12 y 18 años de edad, lo que representa casi el 13% de la población. De ellos el 50,63% son hombres y el 49,3% mujeres¹⁵.

Ante la presencia de un embarazo en adolescentes, se observan diversos cambios, entre ellos¹⁶:

En el área psicosocial, existe deserción escolar y las aspiraciones se limitan al cuidado de sus hijos, con la posibilidad remota de seguir estudiando. La deserción escolar representa la interrupción brusca de las posibilidades de desarrollo educacional y la separación inesperada de su grupo de amigos, viéndose obligadas a desempeñar

deberes y funciones en el estrecho ámbito familiar para lo cual no están aún preparadas.

En el área familiar, las adolescentes manifiestan que las relaciones con sus padres son buenas y existe una tendencia a que las muchachas se identifiquen con las madres y los varones con sus padres, quienes a su vez tratan de enseñar a los hijos estereotipos socialmente establecidos para cada uno de los sexos. A pesar de que la mayoría de los adolescentes refieren la existencia de una buena armonía familiar, es evidente que no existe la debida comunicación y confianza en este medio. Diferentes estudios han constatado la existencia de dificultades de comunicación en las parejas y con los hijos.

En el área afectivo-personal, los adolescentes definen a sus padres como las personas o seres más queridos por ellos, aunque plantean que sus relaciones se hacen algo difícil por incomprendiones con relación a sus intereses. Los amigos ocupan un lugar importante en sus relaciones afectivas.

En el área sexual, la sexualidad irrumpe con mayor intensidad en la adolescencia y está comprobado que el inicio de las relaciones coitales ocurre entre los 12 y 13 años para ambos sexos, aunque es más temprano en las mujeres. Investigadores cubanos plantean el inicio de estas relaciones entre 12 y 17 años, mientras que autores de otros países informan edades que oscilan entre los 15 y los 18 años¹⁶.

La maternidad adolescente es cuatro veces mayor en adolescentes sin educación (37%) que con educación secundaria¹⁵. Se estima que 16 millones de niñas de edades comprendidas entre los 15 y los 19 años dan a luz cada año, y un 95% de esos nacimientos se producen en países en desarrollo, según el estudio realizado por Rosen. Esto representa el 11% de todos los nacimientos en el mundo. Sin embargo, los promedios mundiales ocultan importantes diferencias regionales. Los partos en adolescentes como porcentaje de todos los partos oscilan entre alrededor del 2% en China y el 18% en América Latina y el Caribe. En todo el mundo, siete países representan por sí solos la mitad de todos los partos en adolescentes: Bangladesh, Brasil, República Democrática del Congo, Etiopía, India, Nigeria y Estados Unidos de América¹⁷.

Durante el embarazo y el puerperio se suceden una serie de cambios bioquímicos, psicológicos y sociales que ocasionan una mayor vulnerabilidad para la aparición de

trastornos en la esfera psíquica de la mujer. La depresión posparto (DPP) corresponde a una enfermedad depresiva que ocurre en mujeres en un período específico¹⁸, el puerperio; su cuadro clínico es similar al de los episodios depresivos observados en otras etapas de la vida, sin embargo, posee características peculiares que justifican su consideración como entidad específica.

Diversos estudios han demostrado que la Depresión Posparto, no solamente afecta a la gestantes con este problema, sino que también repercute en el desarrollo tanto físico como neuropsicológico del recién nacido; así como la relación de pareja; por lo que se puede afirmar que la Depresión Postparto alude a la familia y por ende a la sociedad¹⁹.

A pesar de que la prevalencia de Depresión posparto supera a patologías obstétricas como pre-eclampsia, parto prematuro o diabetes gestacional, esta es habitualmente sub-diagnosticada en centros de atención materno-infantil, lo que conlleva a que este aspecto no sea asistido en las mujeres que sufren intensamente del mismo en una fase crítica de la vida, siendo las evidencias las que señalan que este cuadro es responsable de trastornos de la interacción madre-recién nacido⁷.

Hasta el momento, no se conocen las causas de la depresión posparto (DPP); sólo se han podido observar factores de riesgo. Cuando hablamos de factores de riesgo asociados a la depresión nos referimos a cualquier condición, característica o circunstancia detectable que predispone a la presentación de un evento en este caso la depresión post parto.

Existen múltiples factores asociados a la depresión posparto:

Dentro de los factores personales destacan como factores de riesgo: la personalidad altamente neurótica, la tendencia a la introversión, los antecedentes psiquiátricos en la familia y los episodios depresivos previos, ya sea anteparto o en un posparto anterior²⁰. Una depresión mayor previa se ha asociado con un riesgo de depresión del 24% después del nacimiento del hijo. Los antecedentes de depresión durante el embarazo están asociados a un riesgo superior del 35%. La depresión posparto previa es un factor de riesgo especialmente significativo de recurrencia, confiriendo un riesgo de recurrencia del 50%. Los acontecimientos vitales estresantes y la falta de apoyo, sobre todo por parte de la pareja de la mujer, también incrementan su

aparición. No obstante, este padecimiento se puede presentar incluso cuando la madre no ha mostrado ningún antecedente⁹.

Entre los factores psicológicos se encuentran⁹:

Formulaciones psicodinámicas: Desde esta perspectiva, el embarazo se considera un periodo de maduración y a la vez de regresión que evoca conflictos infantiles, particularmente en los casos en los que existen modelos maternos inadecuados, las actitudes negativas hacia la maternidad y/o una infancia conflictiva predisponen a la depresión postparto, y asocian una pobre identificación materna con la depresión en el periodo inmediatamente posterior al parto.

Personalidad: Con respecto a esta variable, los resultados son más acordes, ya que en la mayoría de los estudios se encuentra relación significativa entre algunos rasgos de la personalidad (mayor neurotismo y menor extroversión).

Estilo cognitivo: A partir de la década de los años ochenta los investigadores empezaron a estudiar la relación entre determinados aspectos cognitivos y de la conducta y la depresión posparto. Las variables analizadas son las que se consideran importantes para el desarrollo de la depresión, incluyendo: trastorno del autocontrol, estilo atribucional alterado y atribuciones externas e inestables debidas a cogniciones negativas acerca del mundo, del futuro y de uno mismo.

Existen varios factores sociales de riesgo cuya presencia en una gestante ha sido asociada con la depresión postparto: depresión o ansiedad durante el embarazo, eventos vitales estresantes (rupturas amorosas, pérdida del trabajo, muerte de un ser querido, migración, etcétera) durante el embarazo o el puerperio temprano, bajos niveles de apoyo social y una historia previa de depresión¹³. Dentro de un estudio se pudo observar que sólo el hecho de tener un nivel educativo primario o inferior aumentaba 7 veces el riesgo de presentar Depresión Posparto ($p < 0,001$), mientras que el haber alcanzado un nivel educativo superior a la primaria tenía un efecto protector ($p < 0,05$)²¹. Las mujeres que refieren contar con un bajo apoyo social, presentan un mayor riesgo de depresión, pero al contar con el apoyo social, este se convierte en un factor protector²².

Según estudios en México el principal factor de riesgo social para DPP considerado para el grupo de adolescentes fue el bajo nivel educativo con 42,9%, mientras que en adultas fue de 31,6%, diferencia estadísticamente significativa ($p < 0,05$)⁴.

En lo referente a los factores obstétricos, se ha sugerido que el número de partos es un factor de riesgo asociado a la Depresión Posparto; diversas investigaciones han concluido que el nacimiento del primer hijo representa un estrés único y se correlaciona con la depresión de manera más fuerte, que en el caso del segundo o el tercer parto⁴.

Otros factores obstétricos que podrían incrementar el riesgo de depresión posparto son: embarazo en adolescentes, complicaciones obstétricas durante el embarazo, el parto o el postparto (principalmente embarazos de alto riesgo) y presencia de alteraciones psicológicas durante el embarazo¹. En una investigación realizada en el Perú, se observó que existe asociación entre las cesáreas no programadas con el riesgo y/o probable depresión posparto en las adolescentes postcesareadas, por lo que el tipo de parto, también constituye un factor de riesgo²³.

Asimismo, algunos estudios describen que factores familiares como el maltrato físico, psíquico y sexual, la privación de libertad o la carencia de soporte socioeconómico de la mujer se relacionan con la presentación de cuadros depresivos. Esta gama de agresiones son conocidas como violencia basada en género, considerada como un serio problema de salud pública, por su frecuencia y el impacto que tiene tanto en la mujer como en la familia. Provenir de una familia en donde la calidad de relación es pobre incrementa el riesgo para la depresión, además el nivel de depresión se ha relacionado directamente proporcional a esta última.

En un estudio en Chile sobre Prevalencia y factores de riesgo asociados a la depresión posparto en puérperas, el 35% señaló tener antecedentes de violencia intrafamiliar. Dentro de esta variable se incluye todo tipo de conductas percibidas por la puérpera como maltrato que afecta su vida o su integridad física o psíquica ejercido por quien tenga o haya tenido la calidad de cónyuge o una relación de convivencia; o sea pariente por consanguinidad o por afinidad en toda la línea recta o en la colateral hasta el tercer grado inclusive²⁴.

Por último, la evidencia disponible permite establecer varias hipótesis acerca de la influencia de los factores biológicos en la etiopatogenia de la depresión posparto, a pesar de sus contradicciones y los problemas metodológicos de algunos de ellos: Los niveles de progesterona, estradiol, Hormona liberadora de corticotropina (CRH), corticotropina y cortisol se incrementan con la progresión del embarazo. La Hormona liberadora de corticotropina (CRH) y estrógenos son los principales reguladores del eje

límbico-hipotalámico-pituitario-adrenal (LHPA), y causan incremento de la estimulación de corticotropina y consecuentemente el incremento de la secreción de cortisol y glucocorticoides por la corteza adrenal. Al final de la gestación, los niveles de Hormona liberadora de corticotropina (CRH) se incrementan y, por este hecho, la secreción placentaria de Hormona liberadora de corticotropina (CRH) se eleva en respuesta a la elevación de los niveles del cortisol. Los niveles elevados de cortisol inhiben la síntesis y acciones del estradiol. Los niveles bajos de estradiol del plasma se han asociado a tentativas de suicidio en mujeres no gestantes. Los efectos potencialmente patógenos del incremento hipotalámico del Hormona liberadora de corticotropina (CRH) incluyen la depresión melancólica, trastornos alimenticios, y el alcoholismo crónico²⁵. Además se cree que la norepinefrina inhibe o estimula una variedad de respuestas tales como la ansiedad, agresividad, estrés y el patrón del sueño. La serotonina está relacionada en la regulación de las emociones y el control de las actividades básicas como el comer, dormir, dolor. Se cree que la depleción de estos neurotransmisores lleva a la depresión²⁶.

Pese a que se han descrito una serie de factores asociados, no es posible distinguir una causa única que explique la ocurrencia de Depresión Posparto, por lo que se sostiene su etiología multifactorial. Diversos estudios han encontrado una mayor asociación de Depresión Posparto en mujeres con antecedentes personales de baja autoestima, trastornos de la personalidad, depresión y depresión postparto previas, dificultades en las relaciones maritales, redes de apoyo insuficientes o pobres, antecedentes de eventos estresantes y en particular, cuadros ansiosos, depresivos y de estrés durante el embarazo²⁷.

También se ha descrito una asociación discreta con la presencia de tristeza postparto severa, la experiencia del parto, las complicaciones obstétricas y las características de la salud y temperamento del recién nacido²⁷.

En un estudio que analiza un número considerable de mujeres que sufren de una patología común, los resultados indican que las pacientes puérperas con Depresión Posparto que se controlan en atención primaria no cuentan con un trabajo remunerado, poseen sólo estudios básicos, carecen de un adecuado apoyo social, tienen embarazos no planificados y no tienen una pareja estable. La mayoría de las mujeres cuidaba sola a su bebé y si recibía ayuda, en la mayoría de los casos ésta provenía de su propia madre¹⁸.

El diagnóstico de depresión postparto confiere algunas dificultades, entre ellas el escaso reconocimiento de los trastornos del ánimo durante el embarazo, lo que provoca que su incidencia esté subestimada y que muchas de estas pacientes pasen desapercibidas. Alrededor de la mitad de los cuadros depresivos diagnosticados durante el puerperio iniciaron o continuaron su curso durante el embarazo, pese a conocerse que el diagnóstico y tratamiento correcto previo al parto implica una menor probabilidad de cursar una depresión posnatal. Por otro lado, la sintomatología depresiva durante el puerperio puede confundirse con la adaptación normal a esta etapa de la vida²⁷.

Para un diagnóstico exacto es importante establecer unas líneas generales de actuación: historia clínica completa y examen físico, identificación de los grupos de riesgo, información educación, relación médico-paciente⁹.

Muchos estudios reportan una serie de métodos la evaluación de la depresión posparto, sin embargo, existe consenso que el mejor instrumento de tamizaje es la Escala de Depresión de Edimburgo, diseñada especialmente para reconocer síntomas anímicos en mujeres puérperas. Sus ítems se agrupan básicamente en torno a dos factores: tristeza y ansiedad; tiene una consistencia interna adecuada, 100% de sensibilidad y 80% de especificidad. Ha sido validada en diversos países y culturas, con resultados que permiten justificar su uso como instrumento de tamizaje, logrando su mayor sensibilidad con un punto de corte entre 9 y 10 puntos^{27,28}.

En un estudio realizado por Alvarado et al. Validaron la Escala de Edimburgo para embarazadas, obteniendo un alfa de Cronbach de 0.914, siendo considerado muy bueno, pues todos los ítems presentan una alta correlación con la escala en su conjunto²⁹.

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

En la madre, la enfermedad suele acompañarse de sufrimiento emocional y ocasiona deterioro importante en la calidad de vida, afectando las diversas áreas de funcionamiento de la paciente. Además, la mujer que experimenta un episodio depresivo en el postparto queda expuesta a mayor riesgo de futuros episodios

depresivos, tanto en nuevos puerperios como en cualquier otro momento de la vida. Aunque las tasas de suicidio en el periodo puerperal son menores que en periodos no puerperales, éste se considera una causa importante de mortalidad materna en algunos países.

En lo que respecta al hijo, las madres deprimidas tienen menos disposición a estimular a sus hijos mediante interacciones vocales, físicas y de juego, además tienden a percibir a su hijo de una manera negativa, se les dificulta más su cuidado y manifiestan aislamiento materno y hostilidad. Las mujeres con depresión postparto pueden mostrarse menos dispuestas a iniciar y mantener la lactancia materna, y se ha identificado que los síntomas depresivos preceden usualmente la interrupción temprana de ésta⁹.

La depresión posparto está relacionada con distintos factores (obstétricos, psicológicos y/o sociales) que involucran riesgos serios para la madre, el bebé e inclusive para el núcleo familiar; siendo en varias ocasiones no diagnosticados ni tratados por el profesional de salud (50% de los casos). El desarrollo del presente estudio permitirá evaluar los casos de depresión posparto en madres adolescentes atendidas en el Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión durante los meses de abril a junio del 2015, para tener una apreciación real de la frecuencia de esta patología en esta institución.

Además, los resultados darán a conocer los principales factores de riesgo para la depresión postparto con el fin de trabajar de manera multisectorial implicando a todos los agentes, sea individuo, familia, comunidad y estado para poder entender y detectar precozmente los factores de riesgo y factores de protección relacionados a una depresión después del parto, para así implementar y evaluar métodos para la prevención y tratamiento precoz de la depresión durante el periodo postparto, evitando consecuencias graves que pueden conllevar a la depresión en este periodo.

De igual manera los resultados de esta investigación serán un aporte valioso para futuras investigaciones y autoridades médicas responsables del desarrollo materno y del niño con el fin de establecer medidas terapéuticas necesarias de forma oportuna, que disminuyan el riesgo de lesiones tanto en el niño puesto que la depresión puede acarrear bajo peso en el recién nacido, abandono y por ende exposición a la muerte, como en la madre: hábitos inadecuados (en la alimentación, consumo de hábitos nocivos), descuido en sus cuidados puerperales e incluso suicidio; además este

estudio podría mejorar el pronóstico de la paciente y mejorar la calidad de vida de las mismas.

Por tal motivo, nos formulamos la siguiente pregunta: ¿Cuáles son los factores de riesgo para la depresión postparto en las madres adolescentes atendidas en el Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión durante el periodo de abril a junio del 2015?

Objetivo general

Determinar los factores de riesgo para la depresión postparto en las madres adolescentes atendidas en el Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión durante el periodo de abril a junio del 2015.

Objetivos específicos

Determinar los factores obstétricos de riesgo para la depresión postparto en las madres adolescentes.

Determinar factores psicológicos de riesgo para la depresión postparto en las madres adolescentes.

Identificar los factores sociales de riesgo para la depresión postparto en las madres adolescentes.

Definición de términos:

- **Adolescencia:** al período de la vida en el cual el individuo adquiere la capacidad reproductiva, transita los patrones psicológicos de la niñez a la adultez y consolida la independencia socio-económica, fijando sus límites entre los 10 y 19 años³⁰.
- **Depresión:** Trastorno mental frecuente que se caracteriza por la presencia de tristeza, pérdida de interés o placer, sentimientos de culpa o falta de autoestima, trastornos del sueño o del apetito, sensación de cansancio y falta de concentración, pudiendo llegar a hacerse crónica o recurrente, y que dificulta sensiblemente el desempeño en el trabajo o la escuela y la capacidad para afrontar la vida diaria³¹.
- **Depresión posparto:** La depresión postparto consiste en el desarrollo de una depresión en la madre tras el nacimiento de su hijo o hasta un año más tarde. La mayor parte del tiempo ocurre dentro de los primeros tres meses después del parto⁸.
- **Puerperio:** Etapa biológica que se inicia al término de la expulsión de la placenta y se considera que dura seis semanas o 42 días³¹.
- **Factores de riesgo:** Cualquier rasgo, característica o exposición de un individuo que aumente su probabilidad de sufrir una enfermedad, trastorno o lesión³³.

2. MATERIAL Y MÉTODOS

2.1 TIPO Y DISEÑO DE INVESTIGACIÓN

Observacional, analítico de casos y controles, prospectivo, transversal.

2.2 POBLACIÓN DE ESTUDIO

Todas las madres adolescentes atendidas en el Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión durante el periodo de abril a junio del 2015.

2.3 MUESTRA DE ESTUDIO O TAMAÑO MUESTRAL

Unidad de Análisis: Madre Adolescente atendida en el Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión durante el periodo de abril a junio del 2015.

Tamaño Muestral: La muestra estuvo conformada por 180 madres adolescentes, atendidas durante el periodo de abril a junio del año 2015, por lo cual no se aplicó fórmula estadística. Esta muestra se dividió en dos grupos: 90 casos conformado por madres adolescentes que presentaron el diagnóstico de depresión postparto y 90 controles conformado por madres adolescentes que no tuvieron el diagnóstico de depresión postparto. La cantidad de casos se halló luego de haber aplicado la escala de Edimburgo a cada madre adolescente y haber diagnosticado la depresión posparto y la cantidad de controles fue estimado en relación de 1:1 con el grupo de casos.

Tipo de muestreo: De un total de 243 madres adolescentes se seleccionaron 180 pacientes aplicándose un muestreo no probabilístico. Para la selección del grupo casos se aplicó un tipo de muestreo no probabilístico por conveniencia, puesto que se encuestó a la totalidad de puérperas adolescentes que fueron atendidas durante los meses de estudio y se seleccionaron solo las pacientes con el diagnóstico de depresión postparto que cumplieron con los criterios de selección. Y para el grupo control se usó un muestreo no probabilístico por conveniencia, pareado por fecha de parto y fecha de aplicación de la encuesta.

Criterios de inclusión:

- Puérpera inmediata de 15 a 19 años con diagnóstico de depresión postparto (**grupo caso**)

- Puérpera inmediata de 15 a 19 años sin diagnóstico de depresión postparto (**grupo control**)
- Puérpera que acepte participar en el estudio.
- Puérpera cuyo apoderado o tutor firme el consentimiento informado.
- Puérpera de parto sea vaginal o cesárea.

Criterios de exclusión:

- Puérpera adolescente con Impedimento de habla.
- Puérpera adolescente que se encuentre en la unidad de cuidados intensivos.
- Puérpera cuyo apoderado o tutor no firme el consentimiento informado o que no firme el asentimiento informado.
- Puérpera con trastornos mentales (esquizofrenia, trastorno bipolar.)

2.4 DESCRIPCIÓN DE VARIABLES

Variable independiente:

- **Factores de riesgo:** Condición, característica o circunstancia detectable que predispone la presentación de un evento³³.

Variable dependiente:

- **Depresión Posparto:** Trastorno/episodio depresivo de inicio en el postparto⁹.

2.5 TÉCNICAS E INSTRUMENTOS:

Técnica: Encuesta.

Instrumento: se utilizaron dos instrumentos, un test para evaluar la depresión posparto y un formulario de recolección para evaluar los factores riesgo de depresión posparto.

- Test de Edimburgo: es el test que se utilizó para el diagnóstico de la depresión post parto (Escala de Depresión Posparto de Edimburgo (EPDS)), este test ha sido elegido por tener una especificidad del 99% y una sensibilidad del 78% a nivel internacional. Además, dicha prueba ha sido validada por Mazzotti (Perú, 2002) encontrando una sensibilidad de 84.2% y una especificidad de 79.5%, con un puntaje de 13.5 puntos ^{6, 22} (Ver Anexo N° IV).

Este test consiste en un registro de auto aplicación, que consta de 10 preguntas con cuatro opciones de respuesta cada uno; las opciones tienen un puntaje que varía de 0 a 3 puntos, de acuerdo a la severidad de los síntomas, de modo que al final de la prueba, el puntaje varía entre 0 a 30 puntos.

La escala mide la intensidad de los síntomas depresivos; 5 de estas preguntas incluyen la disforia, 2 están relacionados con la ansiedad, 1 con el sentimiento de culpa, 1 con las ideas suicidas y 1 con la dificultad de concentración.

Según los resultados obtenidos, las púerperas se clasificaron en tres grupos:

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

Sin embargo, para el presente estudio, la clasificación aquellas pacientes que obtuvieron un puntaje mayor o igual a 13 pertenecieron al grupo casos y las pacientes que obtuvieron un puntaje menor a 13 pertenecieron al grupo control.

- Formulario de evaluación de los factores de riesgo: corresponde a la ficha de recolección que proporcionó datos generales como edad, estado civil, nivel de instrucción, inicio de relaciones sexuales, etc. y datos correspondientes a los factores o características de riesgo para el desarrollo de depresión en las púerperas atendidas en el Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión categorizados en factores obstétricos, psicológicos y sociales (Ver Anexo N° V).

Validación y confiabilidad del instrumento:

Los instrumentos evaluados para el presente estudio como el test de Edimburgo y el formulario de evaluación de los factores de riesgo, han sido sometidos a pruebas de validez y confiabilidad; tal es así que para la prueba de validación del instrumento se recurrió a un juicio de seis expertos (validez de criterio), mediante el cual se obtuvo que hubo concordancia entre los expertos, es decir que el instrumento es válido para su aplicación (Ver Anexo N° VI); y para la prueba de confiabilidad se realizó una prueba piloto, a través de la cual se obtuvo que ambos instrumentos son confiables para su aplicación (Ver Anexo N° VII).

2.6 PLAN DE PROCEDIMIENTO Y ANÁLISIS DE DATOS

Se realizaron los trámites administrativos necesarios en la dirección del Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión para la recolección de información en las salas San Jorge (donde se encuentran las puérperas por parto vaginal) y Santa Rosa (donde se encuentran las puérperas por cesárea) de dicho Hospital durante el periodo de abril a junio del 2015, luego se procedió con los siguientes pasos.

Identificación de la población de estudio: se identificaron a todas las madres adolescentes que cumplieran con los criterios de inclusión y exclusión señalados anteriormente.

Firma del consentimiento y asentimiento informado: seguidamente se realizó la presentación del consentimiento informado a los padres o tutores encargados de la adolescente, ellos iniciaron con la lectura de dicho documento legal, absolución de preguntas y firma del mismo, entregándoles una copia del consentimiento a los mismos. Además se solicitó la participación voluntaria de la menor, el cual fue avalado mediante la firma del asentimiento informado.

Aplicación del instrumento: una vez realizado los procesos anteriores, se procedió a aplicar el Test de Edimburgo, previa a la realización del test, se solicitó la asesoría del psicólogo que labora en la institución, con la finalidad de realizar un buen diagnóstico de la depresión en este grupo poblacional. Al realizar la prueba piloto, el profesional de psicología orientó sobre la forma de establecer un diagnóstico certero mediante la suma de los puntajes y la observación a las pacientes.

Una vez aprendida la forma de aplicación correcta del test, se procedió a realizar la encuesta en la población objetivo durante los meses de estudio. Los días de recolección de datos por parte de la investigadora fueron interdiarios en horarios de 1 pm a 6 pm. En cuanto a los días que la investigadora no acudió para recolectar, solicitó la ayuda de los internos de obstetricia quienes realizaron las encuestas previa capacitación por parte de la investigadora.

Para la selección del grupo caso; se tuvo en cuenta los resultados del test de Edimburgo, es decir, si se obtuvo un puntaje mayor o igual a 13 puntos, se consideró paciente con depresión postparto, aplicándole a esta madre adolescente el cuestionario de factores de riesgo.

Habiendo evaluado al día a todas las adolescentes y seleccionado el grupo caso, se procedió a la selección del grupo control, mediante un pareamiento por fecha de parto y fecha de aplicación de la encuesta, asimismo se tuvo en cuenta el puntaje

del test de Edimburgo menor a 13 puntos, para definir que no existe depresión postparto.

Una vez culminadas las encuestas durante los periodos de estudio se procedió a realizar el foliado de cada ficha, para su posterior análisis y procesamiento.

Para el análisis de los datos se utilizó el programa SPSS v.21, a fin de mostrar los datos obtenidos a través de cuadros que faciliten su descripción y análisis. Se realizaron tablas para cada dimensión de la variable independiente y para la presentación de los datos generales.

Los estadísticos usados para el análisis descriptivo fueron frecuencias y porcentajes. Para el análisis inferencial se utilizaron estadísticos de asociación (χ^2) y para determinar el riesgo se utilizó el Odds Ratio (OR).

Para el análisis e interpretación de datos fue necesaria una revisión más exhaustiva de la bibliografía respecto al tema, así como otros estudios de investigación similares, a fin de interpretar y contrastar los resultados obtenidos.

2.7 CONSIDERACIONES ÉTICAS

Amparando los principios éticos de toda investigación, se solicitó la autorización del Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión para la realización del presente estudio, así como la participación voluntaria de los participantes, los cuales fueron avalados por la firma del consentimiento informado (Ver Anexo N° II) y el asentimiento informado (Ver Anexo N° III), por el apoderado o tutor y la adolescente respectivamente.

La confidencialidad de la información fue garantizada en conjunto con el anonimato, puesto que cada instrumento tuvo una numeración, de acuerdo a la información brindada por cada participante, de tal manera que la participante no quede identificada y la información recolectada sea reservada para la investigadora. Asimismo, la información fue utilizada exclusivamente para la investigación, sin perjudicar en lo absoluto a las participantes, cumpliendo así con el principio de Beneficencia.

3. RESULTADOS

Tabla N°1: Características generales de las madres adolescentes atendidas en el HNDAC. Abril a Junio 2015.

Características generales	Tipo de grupo			
	Grupo caso (con depresión)		Grupo control (sin depresión)	
	N	%	N	%
Estado civil				
Soltera	44	48.9%	48	53.3%
Conviviente	42	46.7%	42	46.7%
Casada	2	2.2%	0	0.0%
Otros	2	2.2%	0	0.0%
Grado de instrucción				
Primaria	2	2.2%	6	6.7%
Secundaria	79	87.9%	61	67.8%
Superior universitaria	4	4.4%	9	10.0%
Superior técnico	5	5.6%	14	15.6%
Ocupación				
Ama de casa	57	63.3%	59	65.6%
Estudiante	30	33.3%	28	31.1%
Empleada	2	2.2%	3	3.3%
Otros	1	1.1%	0	0.0%
Distrito de procedencia				
Bellavista	36	40.0%	42	46.7%
La Perla	16	17.8%	5	5.6%
La Punta	15	16.7%	17	18.9%
Carmen de la Legua	5	5.6%	7	7.8%
Comas	2	2.2%	0	0.0%
Otros	16	17.8%	19	21.1%
Religión que profesa				
Católica	65	72.2%	66	73.3%
Evangélica	18	20.0%	22	24.4%
Otros	4	4.4%	2	2.2%
Ninguno	3	3.3%	0	0.0%
Total	90	100.0%	90	100.0%

Fuente: Formulario de Recolección.

En la Tabla N°1 se observan las características generales de las madres adolescentes, donde: El 48.9% del grupo casos y el 53.3% del grupo control predominan el estado civil solteras, el grado de instrucción de las madres del grupo casos (87.9%) y del grupo control (67.8%) es Secundaria y la mayoría de las madres del grupo casos (63.3%) y del grupo control (65.6%) son amas de casa. El distrito de

procedencia del grupo casos es Bellavista (40%) y La Perla (17.8%), mientras que en el grupo control es Bellavista (46.7%) y La Punta (18.9%); el 72.2% y el 73.3% del grupo casos y del grupo control respectivamente profesan la religión Católica.

Tabla N°2: Características Gineco-obstétricas de las madres adolescentes atendidas en el HNDAC. Abril a Junio 2015.

Características Gineco-obstétricas	Tipo de grupo			
	Grupo caso (con depresión)		Grupo control (sin depresión)	
	N	%	N	%
Dispareunia				
Si	20	22.2%	19	21.1%
No	70	77.8%	71	78.9%
Número de parejas sexuales				
Una sola pareja	61	67.8%	65	72.2%
Más de una pareja	29	32.2%	25	27.8%
Métodos anticonceptivos				
Barrera	24	26.7%	57	63.3%
Hormonales	20	22.2%	0	0.0%
AOE	7	7.8%	22	24.4%
Naturales	1	1.1%	0	0.0%
Ninguno	38	42.2%	11	12.2%
Número de hijos				
Uno	70	77.8%	85	94.4%
Dos	15	16.7%	5	5.6%
Tres a mas	5	5.6%	0	0.0%
Controles prenatales				
Menor a 6	42	46.7%	37	41.1%
Mayor o igual 6	38	42.2%	48	53.3%
Ninguno	10	11.1%	5	5.6%
Total	90	100.0%	90	100.0%

Fuente: Formulario de Recolección.

Respecto a las características gineco-obstétricas de las madres adolescentes, el 22.2% del grupo casos y el 21.1% del grupo control presentan dispareunia. Asimismo, la mayoría de las pacientes del grupo 1 (67.8%) y del grupo 2 (72.2%) han tenido una sola pareja; en el grupo casos se observó que el 42.2% no utilizó métodos anticonceptivo, el 26.7% utilizó el método de Barrera y el 22.2% métodos hormonales, en cambio en el grupo control, el 63.3% utilizó el método de barrera y el 24.4% el Anticonceptivo oral de emergencia. El 77.8% del grupo casos ha tenido un hijo, al igual que el grupo control (99.4%); el 46.7% del grupo casos ha asistido a menos de 6

controles prenatales, mientras que el 53.3% del grupo control ha asistido de 6 a más controles prenatales (Ver Tabla N°2).

Tabla N°3: Factores obstétricos de riesgo para la depresión posparto en madres adolescentes atendidas en el HNDAC. Abril a Junio 2015.

Factores obstétricos		Tipo de grupo				p	OR
		Grupo caso (con depresión)		Grupo control (sin depresión)			
		N	%	N	%		
Antecedente de aborto	Si	27	30.00%	22	24.40%	0.402	1.32 (0.69-2.56)
	No	63	70.00%	68	75.60%		
Hijo fallecido	Si	3	3.30%	5	5.60%	0.469	0.59 (0.14-2.53)
	No	87	96.70%	85	94.40%		
Asistió de 6 a más controles prenatales	No	51	56.70%	40	44.40%	0.101	1.635 (0.907-2.945)
	Si	39	43.30%	50	55.60%		
Enfermedad durante el embarazo	Si	54	60.00%	39	43.30%	0.025	1.96 (1.08-3.55)
	No	36	40.00%	51	56.70%		
Hospitalizada durante gestación	Si	45	50.00%	21	23.30%	<0.001	3.29 (1.73-6.23)
	No	45	50.00%	69	76.70%		
Complicación durante el parto	Si	29	32.20%	5	5.60%	<0.001	8.08 (2.96-22.07)
	No	61	67.80%	85	94.40%		
Parto actual fue por cesárea	Si	25	27.80%	10	11.10%	0.005	3.08 (1.38-6.87)
	No	65	72.20%	80	88.90%		
Dificultad de lactancia materna exclusiva	Si	59	65.60%	38	42.20%	0.002	2.60 (1.42-4.76)
	No	31	34.40%	52	57.80%		
Bebé fue hospitalizado por complicación	Si	12	13.30%	1	1.20%	<0.001	13.69 (1.74-107.70)
	No	78	86.70%	89	98.80%		
Total		90	100.0%	90	100.0%		

Fuente: Formulario de Recolección.

La Tabla N°3 muestra los factores obstétricos de riesgo para la depresión posparto en las madres adolescentes, encontrándose:

El 60% de las pacientes del grupo casos presentaron enfermedades durante el embarazo, comparado con el 43.3% del grupo control, por lo que estas frecuencias son estadísticamente significativas (p 0.025), es decir que el presentar enfermedades durante el embarazo es un factor de riesgo para depresión posparto (OR=1.96 (1.08-3.55)).

La hospitalización durante la gestación se asoció con la depresión posparto (p<0.001) como factor de riesgo (OR=3.29 (1.73-6.23)), puesto que el 50% del grupo con depresión posparto estuvo hospitalizada durante la gestación, en comparación con el 23.3% del grupo sin depresión posparto, es decir que existe 3.29 veces mayor riesgo

de presentar depresión posparto en aquellas pacientes que estuvieron hospitalizadas durante la gestación que aquellas que no lo estuvieron.

El 32.2% del grupo casos presentaron complicaciones durante el parto, a diferencia del grupo control que fue solo el 5.6%, observándose asociación entre las complicaciones durante el parto y la depresión posparto ($p < 0.001$) como factor de riesgo ($OR = 8.08$ (2.96-22.07)), es decir que las pacientes con complicaciones durante el parto tienen 8.08 veces mayor riesgo de depresión posparto que las pacientes sin complicaciones.

En el grupo con depresión posparto, el 27.8% de las pacientes tuvo su parto actual por cesárea, comparado con el 11.1% del grupo sin depresión posparto, siendo esta diferencia porcentual estadísticamente significativa ($p = 0.005$), por lo que la cesárea es un factor de riesgo para depresión posparto en madres adolescentes ($OR = 3.08$ (1.38-6.87)).

La dificultad para la lactancia materna esta se asoció con la depresión posparto ($p = 0.002$) como factor de riesgo ($OR = 2.60$ (1.42-4.76)), ya que hubo un mayor porcentaje de madres adolescentes del grupo casos (65.6%) con dificultad para la lactancia materna exclusiva que en el grupo control (42.2%), por ello, las madres adolescentes con dificultad de lactancia materna exclusiva tienen 2.60 veces mayor riesgo de depresión posparto que las madres que sin dificultades.

En el 13.3% del grupo casos, el bebé fue hospitalizado pos complicaciones, mientras que en el grupo control, solo el 1.2% de los bebés fue hospitalizado por complicaciones, siendo estas frecuencias significativas ($p < 0.001$), por ello el tener bebés hospitalizados por complicaciones es un factor de riesgo para depresión posparto ($OR = 13.69$ (1.74-107.70)).

Por otro lado, el antecedente de aborto ($p = 0.402$), el hijo fallecido ($p = 0.469$) y el asistir de 6 a más controles prenatales ($p = 0.101$) no fueron significativos, ya que se obtuvieron valores $p > 0.05$, por lo que no representan factores de riesgo para depresión posparto.

Tabla N°4: Factores psicológicos de riesgo para la depresión posparto en madres adolescentes atendidas en el HNDAC. Abril a Junio 2015.

Factores psicológicos		Tipo de grupo				p	OR
		Grupo caso (con depresión)		Grupo control (sin depresión)			
		N	%	N	%		
Insultos de familiares o pareja	Si	66	73.30%	41	45.60%	<0.001	3.29 (1.76-6.14)
	No	24	26.70%	49	54.40%		
Sensación de ansiedad	Si	74	82.20%	56	62.20%	0.003	2.81 (1.41-5.59)
	No	16	17.80%	34	37.80%		
Sensación de melancolía	Si	69	76.70%	47	52.20%	0.001	3.01 (1.58-5.70)
	No	21	23.30%	43	47.80%		
Sensación de culpabilidad	Si	57	63.30%	20	22.20%	<0.001	6.05 (3.14-11.65)
	No	33	36.70%	70	77.80%		
Dificultad para concentrarse	Si	25	27.80%	12	13.30%	0.016	2.50 (1.17-5.36)
	No	65	72.20%	78	86.70%		
Dificultad de criar al bebé	Si	89	98.80%	80	88.90%	0.005	11.13 (1.39 – 88.85)
	No	1	1.20%	10	11.10%		
Embarazo fue planificado	No	90	100.00%	90	100.00%	-	-
	Si	0	0.00%	0	0.00%		
Embarazo fue deseado	No	35	38.90%	19	21.10%	0.009	2.38 (1.23 – 4.60)
	Si	55	61.10%	71	78.90%		
Depresión antes de la gestación	Si	9	10.00%	1	1.20%	0.002	9.00 (1.12 – 72.53)
	No	81	90.00%	89	98.80%		
Depresión durante la gestación	Si	53	58.90%	18	20.00%	<0.001	5.73 (2.94 – 11.15)
	No	37	41.10%	72	80.00%		
Vivencia de hecho estresante	Si	67	74.40%	39	43.30%	<0.001	3.81 (2.03 – 7.16)
	No	23	25.60%	51	56.70%		
Miedo durante el parto	No	0	0.00%	0	0.00%	-	-
	Si	90	100.00%	90	100.00%		
Relación buena con la familia	No	6	6.70%	9	10.00%	0.418	0.64 (0.22 – 1.89)
	Si	84	93.30%	81	90.00%		
Antecedente familiar de depresión.	Si	66	73.30%	46	51.10%	0.02	2.63 (1.41 – 4.91)
	No	24	26.70%	44	48.90%		
Aceptación familiar durante el embarazo.	No	17	18.90%	9	10.00%	0.09	2.096 (0.880 - 4.991)
	Si	73	81.10%	81	90.00%		
Cuenta con apoyo emocional de la pareja.	No	32	35.60%	11	12.20%	<0.001	3.962 (1.845 - 8.509)
	Si	58	64.40%	79	87.80%		
En la actualidad, tiene buena relación con la pareja.	No	29	32.20%	1	1.20%	<0.001	42.311 (5.613 – 318.931)
	Si	61	67.80%	89	98.80%		
Total		90	100.0%	90	100.0%		

Fuente: Formulario de Recolección.

En la Tabla N°4 se observa

que el recibir insultos de familiares o pareja (Grupo caso: 73.3%; Grupo control: 45.6%) ($p < 0.001$), la sensación de ansiedad (Grupo caso: 82.2%; Grupo control: 62.2%) ($p = 0.003$), la sensación de melancolía (Grupo caso: 76.7%; Grupo control: 52.2%) ($p = 0.001$), la sensación de culpabilidad (Grupo caso: %; Grupo control: %) ($p < 0.001$), la dificultad para concentrarse (Grupo caso: 63.3%; Grupo control: 22.2%) ($p < 0.001$), la dificultad para criar al bebé (Grupo caso: 98.8%; Grupo control: 88.9%) ($p = 0.005$), el tener un embarazo no deseado (Grupo caso: 38.9%; Grupo control: 21.1%) ($p = 0.009$), la depresión antes de la gestación (Grupo caso: 10%; Grupo control: 1.2%) ($p = 0.002$), la depresión durante la gestación (Grupo caso: 58.9%; Grupo control: 20%) ($p < 0.001$), la vivencia de un hecho estresante (Grupo caso: 74.4%; Grupo control: 43.3%) ($p < 0.001$), el antecedente familiar de depresión (Grupo caso: 73.3%; Grupo control: 51.1%) ($p = 0.02$), el no contar con el apoyo emocional de la pareja (Grupo caso: 35.6%; Grupo control: 12.2%) ($p < 0.001$) y el no tener una buena relación con la pareja (Grupo caso: 32.2%; Grupo control: 1.2%) ($p < 0.001$) tuvieron frecuencias estadísticamente significativas ($p < 0.05$), por ello representan factores psicológicos de riesgo para la depresión posparto en madres adolescentes.

Con respecto a la relación buena con la familia ($p = 0.418$) y aceptación familiar durante el embarazo ($p = 0.09$) no obtuvieron resultados estadísticamente significativos ($p < 0.05$), por lo que no son factores de riesgo para la depresión posparto. Asimismo la planificación del embarazo y el miedo durante el parto no resultaron significativos ni representaron un factor de riesgo para depresión postparto, debido a que los porcentajes fueron similares para el grupo caso y control.

Tabla N°5: Factores sociales de riesgo para la depresión posparto en madres adolescentes atendidas en el HNDAC. Abril a Junio 2015.

Factores sociales		Tipo de grupo				p	OR
		Grupo caso (con depresión)		Grupo control (sin depresión)			
		N	%	N	%		
Cuenta con trabajo actualmente	No	86	95.60%	87	96.70%	0.7	0.741 (0.161 - 3.411)
	Si	4	4.40%	3	3.30%		
Pareja cuenta con trabajo	No	24	26.70%	4	4.40%	<0.001	7.818 (2.587 - 23.629)
	Si	66	73.30%	86	95.60%		
Apoyo económico de la pareja	No	24	26.70%	1	1.20%	<0.001	32.36 (4.27 - 245.34)
	Si	66	73.30%	89	98.80%		
Convivencia con la pareja	No	47	52.20%	51	56.70%	0.549	0.836 (0.465 - 1.504)
	Si	43	47.80%	39	43.30%		
Apoyo económico de familiares	No	8	8.90%	3	3.30%	0.12	2.829 (0.726 - 11.032)
	Si	82	91.10%	87	96.70%		
Consumo de sustancias nocivas	Si	5	5.60%	1	1.20%	0.023	5.24 (1.6 - 45.74)
	No	85	94.40%	89	98.80%		
Total		90	100.0%	90	100.0%		

Fuente: Formulario de Recolección.

En la tabla N°5 se identifican los factores sociales de riesgo donde el 26.7% de la población con diagnóstico de depresión posparto tiene pareja que no cuenta con trabajo comparado con el 4.4% del grupo de población sin diagnóstico de depresión posparto, evidenciándose diferencias porcentuales ($p < 0.001$), es decir, existe 7.81 más riesgo de sufrir de depresión posparto cuando la pareja de la adolescente no cuenta con trabajo. El 26.7% de las madres adolescente que presentan depresión posparto no cuenta con el apoyo económico de la pareja a diferencia del 1.2% de las madres adolescentes que no manifiesta depresión después de la gestación, observándose diferencia porcentuales significativas ($p < 0.001$), entonces las madres adolescentes que no cuentan con el apoyo monetario de la pareja tiene un 32.36 más riesgo de sufrir de depresión posparto en comparación de las madres adolescentes que si cuentan con apoyo monetario. Por ultimo respecto al consumo de sustancias nocivas, el 5.6% de las madres del grupo caso y el 1.2% del grupo control manifestaron consumir sustancias nocivas, observándose diferencias porcentuales ($p = 0.023$), es decir existe 5.24 veces más riesgo de sufrir depresión posparto en aquellas madres que consumen sustancias nocivas.

Con respecto a los factores: contar con trabajo actualmente ($p = 0.7$), convivencia con la pareja ($p = 0.549$) y apoyo económico de los familiares ($p = 0.12$) no resultaron

estadísticamente significativos ($p > 0.05$), por ello no son factores de riesgo para la depresión posparto.

4. DISCUSIÓN

El periodo posparto representa una etapa de gran vulnerabilidad y de alto riesgo para desórdenes emocionales y afectivos, uno de ellos es la depresión posparto, que se manifiesta por síntomas como tristeza, pérdida de interés, sentimiento de culpa, falta de concentración, etc., la cual muchas veces pasa desapercibida, puesto que después del parto no se aplican test para establecer el diagnóstico de depresión, por lo que esto podría repercutir sobre la relación que tiene la madre con su bebé, con su pareja, con la familia y hasta con la sociedad. Asimismo, la depresión posparto no tiene una causa específica, sino una serie de factores que aumentan el riesgo de su aparición, como factores obstétricos, psicológicos y sociales, los cuales se verán a continuación y serán contrastados con otros estudios.

En cuanto a los factores obstétricos de riesgo para depresión posparto en las madres adolescentes, en el presente estudio se observó que la enfermedad durante el embarazo ($p=0.025$, $OR=1.96$), la hospitalización durante la gestación ($p<0.001$, $OR=3.29$), las complicaciones durante el parto ($p<0.001$, $OR=8.08$), el parto por cesárea ($p=0.005$, $OR=3.08$), la dificultad para la lactancia materna exclusiva ($p=0.002$, $OR=2.60$) y la hospitalización del bebé por complicaciones ($p<0.001$, $OR=13.69$) son factores de riesgo para depresión posparto, lo cual no concuerda con lo encontrado por Rosas, pues en su trabajo, las complicaciones durante el parto y las complicaciones neonatales no se relacionaron con la depresión posparto en las madres adolescentes ($p>0.05$). Así también, en el estudio de Delgado se observó que el tipo de parto, las complicaciones durante el parto, la enfermedad del neonato y la lactancia materna no se asociaron a la depresión posparto ($p>0.05$). De acuerdo a lo mencionado, los factores obstétricos de riesgo que han ocasionado depresión postparto en el estudio, probablemente haya sido por el estrés durante el embarazo, el cual al ser percibido durante mucho tiempo y con poca capacidad para manejarlo, ha llevado a aumentar el riesgo de depresión, así como agravar los problemas de salud existentes, tales como tener una enfermedad durante el embarazo, hospitalizaciones, complicaciones y parto por cesárea. En lo concerniente al recién nacido, el propio estado de depresión de las madres repercute sobre el bebé, viéndose reflejado en la hospitalización del bebé por complicaciones; además este estado lleva a que la madres tengan menor disposición para el cuidado del bebé, uno de ellos el de iniciar y mantener la lactancia materna.

Respecto a los factores psicológicos de riesgo para la depresión posparto, la literatura menciona que una depresión mayor previa se asocia con un riesgo de depresión del 24% después del nacimiento del hijo, mientras que los antecedentes de depresión durante el embarazo están asociados a un riesgo superior (35%), así también la falta de apoyo de la pareja incrementa el riesgo de depresión posparto; esto tiene respaldo con lo evidenciado en la presente investigación, pues se halló que el no contar con el apoyo emocional de la pareja es un factor de riesgo para depresión posparto ($p < 0.001$, $OR = 3.962$), ya que aumenta 3.962 veces más el riesgo de depresión posparto; muy similar al estudio de Rosas, quien encontró que la falta de apoyo de la pareja incrementa el riesgo de padecer depresión posparto en las madres adolescentes ($p < 0.0003$, $OR = 17$), en cambio, en el trabajo de Delgado, el apoyo de la pareja no se asoció a la depresión posparto ($p > 0.05$). Asimismo, en este trabajo, se observó que la depresión antes de la gestación se comportó como un factor de riesgo ($p = 0.002$, $OR = 9.00$) para la depresión posparto, es decir que las madres adolescentes que han tenido depresión antes de la gestación tienen 9.00 veces mayor riesgo de depresión posparto que las madres sin dicho antecedente, siendo este resultado disímil a lo encontrado por Delgado, puesto que en su estudio, el antecedente de depresión no se asoció a la depresión posparto ($p > 0.05$).

En lo concerniente a los factores sociales de riesgo para depresión posparto en madres adolescentes, en el estudio realizado por Delgado, el consumo de sustancias nocivas no se asoció a la depresión posparto ($p > 0.05$), en cambio, en la presente investigación se observó que el consumo de sustancias nocivas se asocia a la depresión posparto ($p = 0.023$) como factor de riesgo ($OR = 5.24$), por ello las pacientes que consumen sustancias nocivas tienen 5.24 veces más riesgo de depresión posparto que aquellas que no consumen; esto puede deberse probablemente a que con el consumo sustancias nocivas pueden evadir y desplazar diversos sentimientos como el de culpabilidad, tristeza y miedo, que se acentúan más en población adolescente por los cambios psicológicos durante el embarazo. Por otro lado, aunque en otros estudios no se ha observado que la falta de trabajo y de apoyo económico por parte de la pareja se relaciona con la depresión posparto, en la presente investigación se encontró que ambos factores sociales son factores de riesgo para depresión posparto, pudiendo deberse a que estas circunstancias de carácter social generan tensión en las pacientes, estado que las hace más propensas a sufrir depresión posparto.

5. CONCLUSIONES

Los principales factores de riesgo para la depresión posparto en las madres adolescentes atendidas en el Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión son la mala relación con la pareja, la falta de apoyo económico de la pareja y la hospitalización del bebe por alguna complicación.

Los factores obstétricos de riesgo para la depresión postparto en las madres adolescentes son: presentar enfermedad durante el embarazo (OR=1.96), estar hospitalizada durante la gestación (OR=3.29), presentar complicaciones durante el parto (OR=8.08), que el parto sea por cesárea (OR=3.08), dificultad de lactancia materna exclusiva (OR=2.6) y hospitalización del bebe por alguna complicación (OR=13.69).

Los factores psicológicos de riesgo para la depresión postparto en las madres adolescentes son: los insultos de familiares o de pareja (OR=3.29), la sensación de ansiedad (OR=2.81), la sensación de melancolía (OR=3.01), la sensación de culpabilidad (OR=6.05), la dificultad para concentrarse (OR=2.5), la dificultad para criar al bebe (OR=11.13), el embarazo no deseado (OR=2.38), la depresión antes de la gestación (OR=9.00), la vivencia de un hecho estresante (OR=3.81), el antecedente familiar de depresión (OR=2.63), la no aceptación familiar del embarazo (OR=2.09), la falta de apoyo emocional de la pareja (OR=3.96) y la mala relación con la pareja (OR=42.31).

Los factores sociales de riesgo para la depresión postparto en las madres adolescentes son: que la pareja no cuente con trabajo (OR=7.81), la falta de apoyo económico de la pareja (OR=32.36) y el consumo de sustancias nocivas (OR=5.24).

6. RECOMENDACIONES

Es importante ofrecer recomendaciones prácticas sobre lactancia materna exclusiva a las puérperas adolescentes para disminuir la ansiedad que le pueda ocasionar el tener dificultades para poder brindar una lactancia materna exclusiva.

Así mismo se debe realizar evaluaciones psicológicas en Hospitalización tanto a las gestantes como a las puérperas adolescentes, puesto que el estar hospitalizada ya sea por el tipo de parto, por algunas complicaciones o por enfermedades predispone a síntomas de depresión.

Es necesario sensibilizar al personal de salud, para trabajar de una manera multisectorial, no solo con la madre sino también con la pareja, familia y comunidad, para que se detecten oportunamente los factores de riesgo para la depresión posparto y evitar así que su situación clínica se complique.

Es necesario que durante la atención prenatal se les enfatice a las gestantes que el consumo de sustancias nocivas trae efectos negativos no solo en la salud física de la madre y en el desarrollo del bebé, sino también a nivel psíquico, de tal manera que se logre sensibilizar a las pacientes para evitar este tipo de hábitos nocivos.

Es importante insistir con un tamizaje universal para la detección precoz, como el Test de Edimburgo, el cual ha demostrado ser eficaz para el diagnóstico de la depresión tanto a nivel nacional como internacional y así poder referir a tiempo a un especialista con el fin de brindarle un tratamiento oportuno.

Se recomienda que se realicen nuevas investigaciones con poblaciones más amplias sobre la depresión posparto para así tener cifras confiables del nivel de prevalencia e incidencia y considerando otros factores asociados.

7. REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. Medina SE, Diferencias entre la depresión postparto, la psicosis postparto y la tristeza postparto. *Perinatol Reprod Hum.* 2013; 27 (3): 185-193
2. Organización Mundial de la Salud. Día Mundial de la Salud Mental: la depresión es el trastorno mental más frecuente. Washington, D.C.: OMS/OPS; 2012. Acceso en enero del 2015. Disponible en:http://www.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=7305%3Adia-mundial-salud-mental-depresion-trastorno-mental-mas-frecuente--&catid=740%3Anews-press-releases&Itemid=1926&lang=es
3. Aramburú P, Arellano R, Jáuregui S, Pari L, Salazar P, Sierra O. Prevalencia y factores asociados a depresión posparto en mujeres atendidas en establecimientos de salud del primer nivel de atención en Lima Metropolitana. *Rev. Perú. epidemiol.* 2008; 12(3): 1-5.
4. Molero K, Urdaneta J, Sanabria C, Baabel N, Contreras A, Azuaje E. Prevalencia de depresión postparto en púerperas adolescentes y adultas. *Rev. chil. obstet. ginecol.* 2014; 79(4).
5. Rosas N. Depresión postparto en adolescentes [Tesis]. Maracaibo: Universidad de Zulia. Facultad de Medicina; 2014.
6. Secco M, Profit S, Kennedy E, Walsh A, Letourneau N, Stewart M. Factors affecting postpartum depressive symptoms of adolescent mothers. *J Obstet Gynecol Neonatal Nurs.* 2007 Jan-Feb; 36(1):47-54.
7. Delgado J. Factores de riesgo asociado a depresión postparto en adolescentes [Tesis]. Maracaibo: Universidad de Zulia. Facultad de Medicina; 2013.
8. University of Maryland Medical Center. Depresión postparto. 2013. [Acceso 24 de Mayo del 2013]. Disponible en: <http://umm.edu/health/medical/spanishpreg/las-primeras-semanas-del-bebe/depresion-postparto#ixzz2hBYeF2th>.
9. Navas W. Depresión postparto. *Revista Médica de Costa Rica y Centroamerica* 2013; 70 (608): 639 – 647.
10. Servicios de Salud mental. Programa Específico de depresión 2001-2006. 1ra ed. México: Secretaría de Salud; 2002.
11. Ministerio de Salud. Protocolo de detección de la depresión durante el embarazo y postparto y apoyo al tratamiento. Chile: MINSAL; 2014.
12. Acuña M. Evidencia Actualización en la Práctica Ambulatoria. Noviembre-Diciembre 2002:5(6).

13. Pineda S, Aliño M. El concepto de adolescencia. Manual de Prácticas Clínicas para la atención en la adolescencia. [Acceso el 04 de febrero del 2015]. Disponible en: http://www.sld.cu/galerias/pdf/sitios/prevemi/capitulo_i_el_concepto_de_adolescencia.pdf
14. Instituto Nacional Materno Perinatal. Guías de Práctica Clínica y de Procedimientos en Obstetricia y Perinatología. Perú: Instituto Nacional Materno Perinatal; 2010.
15. Unicef. Situación del país: adolescencia. Perú: Unicef; 2013. [Acceso 03 de febrero del 2015]. Disponible en: http://www.unicef.org/peru/spanish/children_3789.htm.
16. López J, Lugones M, Valdespino L, Ambrosio S. Aspectos psicosociales del embarazo en la adolescencia. Rev. Cubana Med Gen Integr 2005; 21(3-4).
17. Organización Mundial de la Salud. El embarazo en la adolescencia. 2014 [Acceso el 02 de febrero del 2015]. Disponible en: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs364/es/>.
18. Rojas G, Fritsch R, Guajardo V, Rojas F, Barroilhet S, Jadresic E. Caracterización de Madres Deprimidas en el Posparto. Rev. Med Chile 2010; 138(5):536-42.
19. Bao M, Vega J, Saona P. Prevalencia de depresión durante la gestación. Rev. Neuropsiquiatr 73 (3), 2010 95.
20. Wolff C, Valenzuela P, Esteffans K, Zapata D. Depresión posparto en el embarazo adolescente: Análisis del problema y sus consecuencias. Rev. Chil Obstet Ginecol 2009; 74(3): 151 – 158.
21. Urdaneta J, Rivera A, García J, Guerra M, Baabel N, Contreras A. Factores de riesgo de depresión posparto en puérperas venezolanas valoradas por medio de la escala de Edimburgo. Rev.Chil.Obstet.Ginecol.2011; 76(2):102-112.
22. DeCastro F, Hinojosa N, Hernandez B. Risk and protective factors associated with postnatal depression in Mexican adolescents. J Psychosom Obstet Gynaecol. 2011 Dec; 32(4):210-7.
23. Paima R, Vásquez R. Prevalencia y asociación entre la cesárea no programada y la depresión posparto en postcesareadas adolescentes en el Instituto Nacional Materno Perinatal [Tesis]. Lima: Universidad Nacional Mayor de San Marcos. Facultad de Medicina Humana; 2011.

24. Póo A, Espejo C, Godoy C, Gualda M, Hernández T, Pérez C. Prevalencia y factores de riesgo asociados a la depresión posparto en puérperas de un Centro de Atención Primaria en el Sur de Chile. *Rev Méd Chile* 2008; 136: 44-52.
25. Heather A, Bennett ET AL. Prevalence of depression during pregnancy: Systematic Review *Obstetrics & Gynecology*.2004; 103: 698-709.
26. Nestler EJ, Barrot M, Dileone RJ et al. Neurobiology of depression. *Neuron*.2002; 34: 13-25.
27. Dois A, Uribe C, Villaroel L, Contreras A. Factores de riesgo asociados a síntomas depresivos post parto en mujeres de bajo riesgo obstétrico atendidas en el sistema público. *Rev. Med Chile* 2012; 140: 719-725.
28. Cox J, Holden J, Sagovsky R. Escala de Depresión de Post-Parto de Edinburgo. *Revista Británica de Psiquiatría*. Junio de 1987; 150.
29. Alvarado R, Guajardo V, Rojas G, Jadresic E. Validación de la Escala de Edimburgo para embarazadas. Chile: Universidad de Chile. Facultad de Medicina; 2012.
30. Issler J. Embarazo en la adolescencia. *Revista de Posgrado de la Cátedra Via Medicina* N° 107 - Agosto/2001. Pp: 11-23.
31. Organización Mundial de la Salud. Depresión. [Acceso el 05 de febrero del 2015]. Disponible en: <http://www.who.int/topics/depression/es/>
32. Ministerio de Salud. Norma Técnica de Salud para la atención integral de salud materna. Lima: MINSA; 2013.
33. Organización Mundial de la Salud. Factores de riesgo. 2015. [Acceso el 13 de febrero del 2015]. Disponible en: http://www.who.int/topics/risk_factors/es/

8. ANEXOS

INDICE

I. OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES.....	44
II. ASENTIMIENTO INFORMADO	46
III. CONSENTIMIENTO INFORMADO.....	47
IV. CUESTIONARIO DEPRESIÓN POSTNATAL EDIMBURGO	48
V. FORMULARIO DE RECOLECCIÓN	49
VI. VALIDEZ DEL INSTRUMENTO	52
VII. CONFIABILIDAD DEL INSTRUMENTO.....	54

I. OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES

VARIABLE	DEFINICIÓN OPERACIONAL	DIMENSION	TIPO	ESCALA	FUENTE DE VERIFICACION	INDICADOR
Factores de Riesgo	Es cualquier condición, característica o circunstancias detectable que predispone la presentación de un evento	Factores Obstétricos.	Independiente cualitativa	Nominal	Encuesta	<ul style="list-style-type: none"> - Antecedentes de aborto. - Hijos fallecidos. - Número de controles prenatales. - Enfermedades durante el embarazo. - Parto por cesárea - Complicaciones durante el parto. - Dificultades para la lactancia materna exclusiva. - Enfermedades del bebé.
		Factores Psicológicos	Cualitativa	Nominal		<ul style="list-style-type: none"> - Presencia de ansiedad. - Presencia de melancolía. - Sentimientos de culpa. - Dificultad para concentrarse. - Dificultades para cuidar a su bebé. - Embarazo planificado. - Embarazo deseado. - Antecedentes de depresión. - Antecedentes de depresión. - Presencia de estrés. - Apoyo emocional de familiares. - Apoyo emocional de la pareja.
		Factores Sociales	Cualitativa	Nominal		<ul style="list-style-type: none"> - Con actividad laboral. - Pareja con actividad Laboral. - Apoyo económico de la pareja. - Convivencia con la pareja. - Apoyo económico de familiares. - Consumo de sustancias

						nocivas.
Depresión posparto	trastorno/episodio depresivo de inicio en el postparto	Disforia	Dependiente cualitativo	Ordinal	Test de Edimburgo	Sin riesgo de depresión (<10 puntos) Riesgo límite (10-12 puntos) Probable depresión (≥13 puntos)
		Ansiedad				
		Sentimiento de culpa				
		Dificultad para la concentración				
		Ideas suicidas				

II. CONSENTIMIENTO INFORMADO

FACTORES DE RIESGO PARA LA DEPRESIÓN POSPARTO EN MADRES ADOLESCENTES ATENDIDAS EN EL HOSPITAL NACIONAL DANIEL ALCIDES CARRION DURANTE ABRIL – JUNIO, 2015.

Su menor hija ha sido invitada para participar en una investigación titulada “Factores de riesgo para la depresión posparto en madres adolescentes atendidas en el Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión durante abril – junio, 2015.”. El objetivo de este estudio es determinar los factores de riesgo para la depresión posparto en las madres adolescentes atendidas en el referido hospital.

Esta investigación es realizada por la Bachiller Stephanie María Atencia Olivas, la cual desea obtener el Título de Licenciada de Obstetricia, con la presentación de este trabajo de investigación.

¿Quiénes pueden participar en el estudio?

Todas las adolescentes atendidas en el Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión durante el periodo de abril a junio del 2015.

¿Existen riesgos?

No existen riesgos de daño físico o psicológico al participar en este estudio.

¿Existe algún beneficio?

No habrá ningún beneficio directo para la participante, sin embargo la información que se pueda obtener de este estudio será de beneficio para la sociedad, proporcionando valiosa información para los profesionales de la salud.

¿En qué consistirá su participación?

Luego de su autorización y la de su menor hija, se procederá a aplicar a la adolescente dos instrumentos: el test de Edimburgo y un formulario para evaluar factores de riesgo, lo cual tomará un tiempo aproximado de 15 minutos.

¿Se podrá retirar del estudio en cualquier momento?

La participación de su hija es completamente voluntaria y puede decidir no continuar con el estudio en cualquier momento. Lo que no producirá ninguna penalidad contra su hija o usted.

Confidencialidad

Para asegurar la confidencialidad a cada participante se le asignará un código único, que será usado en lugar de su nombre. Los archivos en los cuales esté la identificación de los participantes serán almacenados de manera confidencial. Esto significa que su nombre, dirección u otra información que pudiera identificarla no será revelada a nadie sin su permiso.

Sólo la investigadora podrá tener acceso a información que conduzca al código y nombre del participante. Si los resultados fueran publicados, la identidad de los participantes se mantendrá de manera confidencial.

¿A quien llamó si tengo preguntas?

Si tiene alguna consulta sobre el estudio, usted es bienvenida a hacerla en cualquier momento. Para mayor información sobre el estudio, puede contactarse: Interna de Obstetricia: Stephanie María Atencia Olivas (investigadora responsable) al número 986556103.

DECLARACIÓN VOLUNTARIA DEL CONSENTIMIENTO INFORMADO

Su firma en este documento indica que usted de manera voluntaria acepta que su menor hija participe en este estudio, que se le ha explicado lo que implica este trabajo, que se le ha dado tiempo para leer este documento y que sus preguntas sobre el estudio han sido contestadas de manera satisfactoria. Usted recibirá una copia de este documento con la fecha y su firma antes de iniciar la participación de su menor hija en este estudio.

“Se me ha explicado acerca del estudio y mis preguntas han sido contestadas de manera satisfactoria. Acepto que mi menor hija participe en los siguientes componentes del estudio”.

Nombre del padre o apoderado _____

(Firma del padre o apoderado)

(Fecha)

Declaración del investigador

Yo certifico que se le ha dado el tiempo adecuado al participante para leer y conocer sobre el estudio, así como que, sus preguntas han sido resueltas. Es mi opinión que el participante entiende el propósito del estudio, los riesgos, beneficios y procedimientos que se seguirán en este estudio y de manera voluntaria ha aceptado participar.

(Firma del encargado que obtuvo el asentimiento)

(Fecha)

III. ASENTIMIENTO INFORMADO

FACTORES DE RIESGO PARA LA DEPRESION POSPARTO EN MADRES ADOLESCENTES ATENDIDAS EN EL HOSPITAL NACIONAL DANIEL ALCIDES CARRION EN EL PERIODO DE ABRIL-JUNIO DEL 2015.

La presente investigación es conducida por Stephanie María Atencia Olivas, alumna de pregrado de la Escuela Académico Profesional de Obstetricia, teniendo la intención de determinar los factores de riesgo para la depresión posparto atendidas en el HNDAC en el periodo de Abril-Junio del 2015, así como también investigar su repercusión en el puerperio con la finalidad de brindar una mejor atención a la usuaria.

Para ello, se está pidiendo su autorización para dicho estudio, si usted acepta, quiere decir que el investigador le ha indicado a usted de forma verbal, así como escrita lo siguiente: el propósito del estudio, participación, riesgos, incomodidades, costos, beneficios, confidencialidad y problemas o preguntas.

Propósito del estudio: analizar los factores de Riesgo para la depresión posparto en pacientes con sintomatología depresiva según el test de Edimburgo

¿En qué consiste su participación?: una vez autorizada su participación, se procederá a tomar un test de Edimburgo, luego se aplicara una encuesta para indagar los factores ya mencionados.

Riesgos asociados al estudio y costo de su participación: los riesgos, estos ya han sido estudiados y usted pasará por riesgos identificados, por lo que se ha planteado que no tendrá mayor riesgo que la población general. El estudio no tendrá costo para usted.

Beneficios: para la institución será conocer y tener información sobre los factores de riesgo que predisponen a la depresión posparto. Para los investigadores corresponde su beneficio profesional y académico el investigar en este campo y para las participantes el tener un poco más de información sobre los factores asociados a este evento la depresión.

Confidencialidad: toda información que usted nos proporcione será totalmente confidencial, los nombres y apellidos de cada participante quedará a custodia del investigador, por ende la encuesta es anónima.

Problemas o preguntas: en todo momento se garantizará la posibilidad de retirarse del estudio y no tendrá incomodidad alguna por ello, si usted tuviera alguna pregunta podrá hacerla al profesional que realizará la entrevista; si luego de ser entrevistada quisiera no participar en el estudio comuníquese con el investigador para cualquier consulta o retiro del estudio.

Por lo expuesto comprendo que mi autorización es importante para el estudio de investigación. Sé que mis respuestas a las preguntas serán utilizadas para fines de investigación y no se identificará.

He leído la información proporcionada o me ha sido leída. He tenido la oportunidad de preguntar sobre ella y se me ha contestado satisfactoriamente las preguntas que he realizado. Consiento voluntariamente participar en esta investigación como participante y entiendo que tengo el derecho de retirarme de la investigación en cualquier momento sin que me afecte en ninguna manera mi cuidado médico. Comprendo que el resultado de la investigación será presentado a la comunidad científica para su mejor comprensión. Firmo este documento autorizando mi participación en el estudio, Mi firma indica también que he recibido una copia de este consentimiento informado.

Nombre del Participante

Firma del participante

Fecha: _____

**IV. CUESTIONARIO SOBRE DEPRESIÓN POSTNATAL EDIMBURGO
(EPDS)**

Validado para el periodo prenatal

ID: _____ Fecha ___/___/___

Hora: _____

Nos gustaría saber cómo se ha estado sintiendo; por favor subraye la respuesta que más se acerca a como se ha sentido en los últimos 7 días y no solo como se ha sentido hoy. Por favor complete las otras preguntas de la misma manera.

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

- 0 Tanto como siempre
- 1 No tanto ahora
- 2 Mucho menos
- 3 No, no he podido

2. He mirado el futuro con placer:

- 0 Tanto como siempre
- 1 Algo menos de lo que solía hacer
- 2 Definitivamente menos
- 3 No, nada

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

- 3 Sí, la mayoría de las veces
- 2 Sí, algunas veces
- 1 No muy a menudo
- 0 No, nunca

4. He estado ansiosa y preocupada sin motivo:

- 0 No, para nada
- 1 Casi nada
- 2 Sí, a veces
- 3 Sí, a menudo

5. He sentido miedo y pánico sin motivo alguno:

- 3 Sí, bastante
- 2 Sí, a veces
- 1 No, no mucho
- 0 No, nada

6. Las cosas me oprimen o agobian:

- 3 Sí, la mayor parte de las veces
- 2 Sí, a veces
- 1 No, casi nunca
- 0 No, nada

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

- 3 Sí, la mayoría de las veces
- 2 Sí, a veces
- 1 No muy a menudo
- 0 No, nada

8. Me he sentido triste y desgraciada:

- 3 Sí, casi siempre
- 2 Sí, bastante a menudo
- 1 No muy a menudo
- 0 No, nada

9. He sido tan infeliz que he estado llorando:

- 3 Sí, casi siempre
- 2 Sí, bastante a menudo
- 1 Sólo en ocasiones
- 0 No, nunca

10. He pensado en hacerme daño a mí misma:

- 3 Sí, bastante a menudo
- 2 A veces
- 1 Casi nunca
- 0 No, nunca

V. FORMULARIO DE RECOLECCIÓN



UNIVERSIDAD NACIONAL MAYOR DE SAN MARCOS FACULTAD DE MEDICINA E.A.P OBSTETRICIA



PRESENTACIÓN

Buenos días, soy Stephanie Atencia Olivas, alumna de la Escuela Académico Profesional de Obstetricia. En esta oportunidad vengo a aplicar una encuesta con la finalidad de realizar un trabajo de investigación, cuyo título es *Factores de Riesgo para la Depresión Posparto en madres adolescentes atendidas en el HNDAC durante Abril-Junio del 2015*, para lo cual solicito su colaboración respondiendo con sinceridad las preguntas del cuestionario. Le aseguramos la confidencialidad de los datos brindados dado que la encuesta es ANONIMA.

INSTRUCCIONES

Lea detenidamente cada uno de los ítems presentados a continuación, luego marque con un aspa (x) la respuesta que Ud. Considere adecuada o correcta.

1. Datos Generales

Edad: _____

Estado Civil: Soltera () Casada () Conviviente () Otros ()

Grado de Instrucción:

- ❖ Sin Instrucción () Secundaria Incompleta ()
- ❖ Primaria Completa () Sup. Universitaria ()
- ❖ Primaria Incompleta () Sup. Técnico ()
- ❖ Secundaria Completa ()

Ocupación:

- ❖ Estudiante: ()
- ❖ Ama de casa: ()
- ❖ Empleada: ()
- ❖ Otros: ()

Procedencia: _____

Religión: Católica () Evangélica () Otros () Ninguno ()

2. Datos reproductivos:

Menarquia: _____ Régimen catamenial: _____

Dispareunia: Si () No () IRS: _____

Andría: _____

MAC: Naturales () Hormonales () Barrera () AOE () Ninguno ()

Cuanto partos ha tenido: 1 () 2 () De 3 a más ()

Cuantos hijos vivos tienes: 1 () 2 () De 3 a más ()

A cuantos controles prenatales has asistido:

Menos de 6 () De 6 a más () Ninguno ()

I. FACTORES OBSTÉTRICOS:

	SI	NO
1. Antecedentes de abortos		
2. Ha tenido algún hijo fallecido.		
3. Ha asistido a 6 o más controles prenatales.		
4. Presentaste alguna enfermedad durante el embarazo		
5. Fuiste hospitalizada durante la gestación.		
6. Presentaste alguna complicación durante el parto		
7. Su parto actual ha sido por cesárea.		
8. Tienes dificultades para brindar lactancia materna exclusiva a tu bebe		
9. Tu bebe ha presentado alguna enfermedad o complicación durante el parto que haya requerido ser hospitalizado.		

II. FACTORES PSICOLÓGICOS:

	SI	NO
10. Has recibido insultos por algún familiar o por tu pareja.		
11. Te has sentido ansiosa		
12. Te has sentido melancólica (triste).		
13. Has tenido sentimientos de culpa por tu embarazo.		
14. Actualmente, has tenido dificultad para concentrarte.		
15. A menudo sientes preocupaciones o dificultades para cuidar a tu bebé.		
16. Tu embarazo ha sido planificado.		
17. Tu embarazo ha sido deseado.		
18. Has tenido depresión antes de la gestación		
19. Has tenido depresión durante la gestación		
20. Has vivido algún hecho estresante durante el embarazo o el parto como la enfermedad de un ser querido, la pérdida de un ser querido, una mala noticia, etc.		
21. Tuviste miedo durante el parto.		
22. Actualmente la relación con tu familia es buena.		

23. Alguno de tus familiares ha presentado depresión.		
24. Tu familia te apoyó emocionalmente durante el embarazo		
25. Recibiste apoyo emocional durante el embarazo por parte de tu pareja		
26. Actualmente la relación con tu pareja es buena.		

III. FACTORES SOCIALES:

	SI	NO
27. Actualmente, cuentas con trabajo		
28. Tu pareja cuenta con trabajo		
29. Cuentas con el apoyo económico de tu pareja		
30. Convives con tu pareja actual		
31. Cuentas con el apoyo económico de tus familiares.		
32. Has consumido sustancias nocivas como alcohol, tabaco y/o drogas durante el embarazo.		

Gracias por su colaboración

VI. VALIDEZ DEL INSTRUMENTO

VALIDEZ DE CONTENIDO: PRUEBA BINOMIAL: JUICIO DE EXPERTOS

CRITERIOS	Nº de Jueces						Prob.
	1	2	3	4	5	6	
1. El instrumento recoge información que permite dar respuesta al problema de investigación.	1	1	1	1	1	1	0.031
2. El instrumento propuesto responde a los objetivos del estudio.	1	1	1	1	1	1	0.031
3. La estructura del instrumento es adecuado	1	1	0	0	1	1	0.688
4. Los ítems (preguntas) del instrumento están correctamente formuladas. (claros y entendibles)	1	1	1	1	1	1	0.031
5. Los ítems (preguntas) del instrumento responden a la Operacionalización de la variable	1	1	1	1	1	1	0.031
6. La secuencia presentada facilita el desarrollo del instrumento	1	1	1	0	1	1	0.219
7. Las categorías de cada pregunta (variables) son suficientes.	1	1	1	1	1	1	0.031

Se ha considerado:

- **Favorable** = 1 (SI)
- **Desfavorable** = 0 (NO)

Se ha realizado el análisis de los datos emitidos por los expertos mediante la prueba binomial, con la finalidad de evaluar la validez del Contenido de la encuesta, obteniéndose como resultado la existencia de evidencias estadísticas, que confirman la concordancia favorable entre los seis jueces respecto a la validez del instrumento ($p < 0.005$).

Los criterios: 1, 2, 4, 5, y 7 tienen un $p < 0.05$, por lo tanto, existe concordancia sobre estas pautas para los expertos. Sin embargo al evaluar los criterios 3 y 6, el valor de p es mayor a 0.05, por lo que se tuvo que revisar la estructura y la secuencia del

desarrollo del instrumento, considerando la reformulación de algunas preguntas, para que presenten mayor claridad, entendimiento y además para que respondan a los objetivos y a la operacionalización de variables según lo sugerido por los expertos, para mejorar el instrumento.

**VII. CONFIABILIDAD DEL INSTRUMENTO FACTORES DE RIESGO EN DEPRESION POSTNATAL
(KUDER RICHARSON)**

Encuestado	Preguntas o ítems																																Puntaje Total	(xi-X)2	
	P1	P2	P3	P4	P5	P6	P7	P8	P9	P10	P11	P12	P13	P14	P15	P16	P17	P18	P19	P20	P21	P22	P23	P24	P25	P26	P27	P28	P29	P30	P31	P32			
E1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	1	0	0	0	0	0	0	1	1	1	1	1	1	1	0	1	1	1	1	1	0	13	12.0177778
E2	1	1	1	1	1	1	1	0	0	1	0	1	1	0	0	0	0	1	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	24	56.7511111
E3	0	1	0	0	1	0	0	0	0	1	1	0	0	0	0	0	1	0	0	0	1	1	0	1	1	1	0	1	1	0	1	0	13	12.0177778	
E4	0	1	0	0	1	0	0	0	0	1	1	0	0	0	0	0	1	0	0	0	1	1	0	1	1	1	0	1	1	0	1	0	13	12.0177778	
E5	0	1	0	0	1	0	0	0	0	1	1	0	0	0	0	0	1	0	0	0	1	1	0	1	1	1	0	1	1	0	1	0	13	12.0177778	
E6	0	1	0	0	1	1	0	1	0	1	1	0	1	0	0	1	1	0	0	1	1	1	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	21	20.5511111	
E7	0	1	0	0	1	0	0	0	0	1	1	0	0	0	0	0	1	0	0	0	1	1	0	1	1	1	0	1	1	0	1	0	13	12.0177778	
E8	1	0	1	0	0	0	0	0	0	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	0	0	0	1	1	0	1	1	1	0	11	29.8844444	
E9	1	0	1	0	0	1	0	0	0	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	0	0	0	1	1	0	1	1	1	0	12	19.9511111	
E10	1	0	1	0	0	0	0	0	0	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	0	0	0	1	1	0	1	1	1	0	11	29.8844444	
E11	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	0	1	0	0	0	1	1	1	1	1	1	0	1	1	0	1	0	13	12.0177778	
E12	0	0	0	1	1	0	0	1	0	1	1	1	0	0	1	0	1	0	0	0	1	1	1	1	1	1	1	0	1	1	1	1	0	18	2.3511111
E13	0	0	0	1	1	0	0	1	0	1	1	1	0	0	1	0	1	0	0	0	1	1	1	1	1	1	0	1	1	1	1	1	0	18	2.3511111
E14	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	1	1	0	0	1	0	1	0	0	0	1	1	1	1	1	1	0	1	1	0	1	0	14	6.0844444	
E15	0	0	0	1	0	1	0	0	0	0	1	1	0	0	1	0	1	0	0	0	1	1	1	1	1	1	0	1	1	0	1	0	15	2.1511111	
E16	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	1	0	0	0	1	0	1	0	1	1	1	1	1	1	1	1	0	1	1	0	1	0	15	2.1511111	
E17	1	1	1	1	0	1	0	1	1	0	1	0	0	0	1	1	1	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	1	24	56.7511111	
E18	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	1	0	0	0	1	0	1	0	1	1	1	1	1	1	1	1	0	1	1	0	1	0	15	2.1511111	
E19	0	0	0	0	0	0	0	1	0	1	1	1	0	0	1	0	1	0	0	0	1	1	0	1	1	1	0	1	1	1	1	0	15	2.1511111	
E20	0	0	0	0	0	1	0	1	0	1	1	1	0	0	1	0	1	0	0	0	1	1	0	1	1	1	0	1	1	1	1	0	16	0.2177778	
E21	1	0	0	0	0	1	1	1	0	1	1	1	0	1	1	0	1	0	1	0	1	1	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	22	30.6177778	
E22	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	1	1	0	0	1	0	1	0	0	0	1	1	0	1	1	1	0	1	1	0	1	0	13	12.0177778	
E23	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	1	1	0	0	1	0	1	0	0	0	1	1	0	1	1	1	0	1	1	0	1	0	13	12.0177778	
E24	1	1	0	0	1	1	1	0	0	1	1	1	0	1	1	0	1	1	0	1	1	1	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	24	56.7511111	
E25	1	0	1	1	0	1	1	0	1	0	1	1	1	0	1	0	1	0	1	0	1	1	0	1	1	1	0	1	1	1	1	1	22	30.6177778	
E26	1	0	0	0	0	1	1	0	0	1	1	0	0	1	0	1	0	0	0	0	1	1	0	1	1	1	0	1	1	1	1	0	16	0.2177778	
E27	1	0	1	0	1	0	0	1	1	1	0	1	1	1	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	26	90.8844444	
E28	0	1	0	0	1	0	0	1	0	1	0	1	1	1	0	1	0	1	0	1	0	1	1	1	0	1	1	1	1	1	1	0	20	12.4844444	
E29	0	0	0	0	1	0	0	0	0	1	0	1	0	1	1	0	1	0	0	0	1	1	1	1	0	1	1	1	1	1	0	15	2.1511111		
E30	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	1	1	0	1	0	1	0	1	1	1	1	0	1	1	1	0	1	1	1	1	0	16	0.2177778	
Total	10	9	10	8	11	11	5	11	3	19	23	17	7	6	20	2	25	3	8	12	30	27	13	27	28	30	7	30	30	18	27	7	494	553.47	
Media	0.33	0.30	0.33	0.27	0.37	0.37	0.17	0.37	0.10	0.63	0.77	0.57	0.23	0.20	0.67	0.07	0.83	0.10	0.27	0.40	1.00	0.90	0.43	0.90	0.93	1.00	0.23	1.00	1.00	0.60	0.90	0.23	16.47	1094.92	
p=	0.33	0.30	0.33	0.27	0.37	0.37	0.17	0.37	0.10	0.63	0.77	0.57	0.23	0.20	0.67	0.07	0.83	0.10	0.27	0.40	1.00	0.90	0.43	0.90	0.93	1.00	0.23	1.00	1.00	0.60	0.90	0.23	16.47	2133.08	
q=	0.67	0.70	0.67	0.73	0.63	0.63	0.83	0.63	0.90	0.37	0.23	0.43	0.77	0.80	0.33	0.93	0.17	0.90	0.73	0.60	0.00	0.10	0.57	0.10	0.07	0.00	0.77	0.00	0.00	0.40	0.10	0.77	0.00	4254.14	
p.q=	0.22	0.21	0.22	0.20	0.23	0.23	0.14	0.23	0.09	0.23	0.18	0.25	0.18	0.16	0.22	0.06	0.14	0.09	0.20	0.24	0.00	0.09	0.25	0.09	0.06	0.00	0.18	0.00	0.00	0.24	0.09	0.18	4.90	8496.27	
# de ítems	32																																		
# encuestas	30																																		
(st)exp2	18.45																																		
rtt	0.758																																		

Valores de Kuder Richarson

TABLA DE KUDER RICHARSON
0.53 a menos= confiabilidad nula
0.54 a 0.59= Confiabilidad baja
0.60 a 0.65 = confiable
0.66 a 0.71 = muy confiable
0.72 a 0.99 = Excelente confiabilidad
1 = Confiabilidad Perfecta.

CONFIABILIDAD ALFA DE CRONBACH DEL INSTRUMENTO CUESTIONARIO SOBRE DEPRESIÓN POSTNATAL EDIMBURGO

N	ITEM										Total
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
1	0	0	1	2	1	1	1	0	0	0	6
2	0	1	2	1	1	2	0	0	1	0	8
3	0	1	2	2	1	1	1	1	1	0	10
4	0	0	1	2	1	2	0	1	0	0	7
5	0	0	2	1	1	1	0	0	0	0	5
6	1	0	2	2	2	2	1	0	1	0	11
7	0	0	2	2	2	2	0	1	1	0	10
8	0	0	1	2	1	0	3	0	1	0	8
9	1	1	2	0	2	1	0	2	1	0	10
10	0	0	2	1	2	2	1	1	1	0	10
11	0	1	0	2	1	0	2	0	0	0	6
12	1	0	2	2	0	2	2	3	2	0	14
13	0	1	2	2	3	0	2	1	2	1	14
14	2	1	1	2	3	3	2	3	3	0	20
15	0	1	3	2	2	2	1	1	1	0	13
16	1	0	3	2	1	2	2	1	1	1	14
17	0	1	3	2	2	2	2	1	1	0	14
18	1	1	2	2	2	2	1	1	1	0	13
19	1	1	3	2	2	2	2	1	1	0	15
20	0	0	2	3	2	2	2	1	2	0	14
Varianza	0.36	0.26	0.62	0.38	0.57	0.68	0.83	0.79	0.58	0.09	14.41
Suma_var	5.16										

k (ITEM) 10
N 20
r-Alpha de Cronbach 0.71

Estadísticos de fiabilidad

Alfa de Cronbach	Alfa de Cronbach basada en los elementos tipificados	N de elementos
,713	,705	10

VALORES DE CONFIABILIDAD DEL ALFA DE CRONBACH	
0,53 a menos	Confiabilidad nula
0,54 a 0,59	Confiabilidad baja
0,60 a 0,65	Confiable
0,66 a 0,71	Muy Confiable
0,72 a 0,99	Excelente confiabilidad
1	Confiabilidad perfecta