



Universidad Nacional Mayor de San Marcos

Universidad del Perú. Decana de América

Facultad de Medicina

Escuela Profesional de Obstetricia

**Factores sociodemográficos, primiparidad y su
relación con la depresión postparto en puérperas de 20
a 34 años atendidas en el Hospital Nacional Docente
Madre Niño San Bartolomé - enero 2017**

TESIS

Para optar el Título Profesional de Licenciada en Obstetricia

AUTOR

Mayra Azucena CERDA SANCHEZ

ASESOR

Jenny Elenisse ZAVALA LUYÁN

Lima, Perú

2017



Reconocimiento - No Comercial - Compartir Igual - Sin restricciones adicionales

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

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

Referencia bibliográfica

Cerda M. Factores sociodemográficos, primiparidad y su relación con la depresión postparto en púerperas de 20 a 34 años atendidas en el Hospital Nacional Docente Madre Niño San Bartolomé - enero 2017. [Tesis de pregrado]. Lima: Universidad Nacional Mayor de San Marcos, Facultad de Medicina, Escuela Profesional de Obstetricia; 2017.



UNIVERSIDAD NACIONAL MAYOR DE SAN MARCOS
 (Universidad del Perú DECANA DE AMÉRICA)
 FACULTAD DE MEDICINA
 ESCUELA PROFESIONAL DE OBSTETRICIA
 "Año Internacional de Turismo Sostenible para el Desarrollo"



ESCUELA PROFESIONAL DE OBSTETRICIA

ACTA DE SUSTENTACIÓN DE TESIS PARA OBTENER EL TITULO
 PROFESIONAL DE LICENCIADO (A) EN OBSTETRICIA

El jurado designado para evaluar la Sustentación de Tesis de acuerdo a las "Normas para la Elaboración de Tesis para optar el Título Profesional de Licenciado (a) en Obstetricia en las Escuelas Profesionales de la Facultad de Medicina", de:

BACHILLER: CERDA SANCHEZ MAYRA AZUCENA

Cuyo título es: FACTORES SOCIODEMOGRÁFICOS, PRIMIPARIDAD Y SU RELACIÓN CON LA DEPRESIÓN POSTPARTO EN PUÉRPERAS DE 20 A 34 AÑOS ATENDIDAS EN EL HOSPITAL NACIONAL DOCENTE MADRE NIÑO SAN BARTOLOMÉ -ENERO 2017. Reunidos en la fecha, después de la sustentación y resolución de preguntas por el Tesista, acordó el siguiente calificativo:

Muy Bueno

Diecisiete 17

Nelly María Esperanza Barrantes Cruz
 MG. OBST. NELLY MARÍA ESPERANZA BARRANTES CRUZ
 C.O.P. 1830
 PRESIDENTE

Dora Nancy Rodríguez Michuy
 LIC. OBST. DORA NANCY RODRIGUEZ MICHUY
 C.O.P. 3978
 MIEMBRO

Susana Aurelia García Parra
 LIC. OBST. SUSANA AURELIA GARCIA PARRA
 C.O.P. 2273
 MIEMBRO

Jenny Elenisse Zavaleta Lujan
 LIC. OBST. JENNY ELENISSE ZAVALETA LUJAN
 ASESOR (A)

UNIVERSIDAD NACIONAL MAYOR DE SAN MARCOS
 FACULTAD DE MEDICINA

 Dra. ZAIDA ZAGACETA GUEVARA
 DIRECTORA
 E.A.P. DE OBSTETRICIA

Lima, 16 de febrero del 2017

AGRADECIMIENTO

A Dios, por permitirme llegar a esta etapa de mi vida y por poner a buenas personas en mi camino en los momentos más difíciles.

A mi padre, por enseñarme a ser perseverante y a asumir mis errores, además de darme la confianza plena y el respaldo en cada decisión que tomo.

A mi madre, por acompañarme cada día con una gran sonrisa haciéndome sentir que todo mejora cuando estoy con ella.

A mi hermana, por su apoyo incondicional y alegrías cuando más lo necesitaba.

A mi asesora Jenny Zavaleta por aceptar apoyarme en la realización de esta tesis bajo su guía y conducción.

DEDICATORIA

*A mis padres, por su amor incondicional
y ser mi modelo a seguir cada día.*

*A las puérperas participantes que dedicaron su
tiempo de forma desinteresada y depositaron
su confianza en mí, tanto como profesional y persona.*

INDICE

RESUMEN.....	5
1. INTRODUCCIÓN.....	9
2. METODOLOGÍA.....	25
2.1 TIPO Y DISEÑO DE INVESTIGACIÓN.....	25
2.2. POBLACIÓN Y MUESTRA.....	25
2.3. VARIABLES DE INVESTIGACIÓN.....	27
2.4. TÉCNICAS E INSTRUMENTOS.....	28
2.5. PLAN DE PROCEDIMIENTO Y ANALISIS DE DATOS.....	30
2.6. CONSIDERACIONES ÉTICAS	31
3. RESULTADOS.....	32
4. DISCUSIÓN.....	36
5. CONCLUSIONES.....	38
6. RECOMENDACIONES.....	39
7. REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS.....	40
8. ANEXOS.....	43

RESUMEN

“FACTORES SOCIODEMOGRÁFICOS, PRIMIPARIDAD Y SU RELACIÓN CON LA DEPRESIÓN POSTPARTO EN PUÉRPERAS DE 20 A 34 AÑOS ATENDIDAS EN EL HOSPITAL NACIONAL DOCENTE MADRE NIÑO SAN BARTOLOMÉ - ENERO 2017”

OBJETIVO: Determinar la relación entre los factores sociodemográficos y la primiparidad con la depresión postparto en puérperas de 20 a 34 años atendidas en el Hospital Nacional Docente Madre Niño San Bartolomé - Enero 2017.

MATERIALES Y MÉTODOS: Estudio analítico de casos y controles realizado en 90 puérperas (30 puérperas con diagnóstico de depresión postparto y 60 puérperas sin diagnóstico de depresión postparto) atendidas en el Hospital Nacional Docente Madre Niño San Bartolomé - Enero 2017. La recopilación de datos se realizó a través de un cuestionario conformado por una ficha de recolección de datos sociodemográficos y obstétricos, y la Escala de Depresión Postparto de Edimburgo, aplicado a cada paciente. Además se realizó un análisis exploratorio de las variables utilizando frecuencias y porcentajes, tomando en cuenta como significativo un valor de $p < 0.05$. Toda la información se tabuló en tablas bivariadas para determinar la asociación de las variables cualitativas ; para lo cual se aplicó la prueba de Chi-Cuadrado. Para la determinación de las relaciones se aplicó la razón de productos cruzados (OR) con el intervalo de confianza al 95%.

RESULTADOS: En el 63.3% y el 58.3% de las puérperas con y sin depresión postparto la edad más frecuente fue de 20 a 27 años . En ambos grupos el 63.3% de los casos y el 70% de los controles no alcanzó una educación superior. El 83.3% de los casos y el 86.7% de los controles manifestaron tener pareja estable, ya sea casada o conviviente. En ambos grupos, el 73.3% y 61.7% de las puérperas con y sin depresión postparto, respectivamente, son amas de casa. El 50% de los casos y el 63.3% de los controles manifestó que su embarazo fue planificado. En el 6.7% de las puérperas del primer grupo y en el 20% de las puérperas del segundo grupo, el término del embarazo fue prematuro. Asimismo, el 36.7% y el 30% de las puérperas con y sin depresión postparto, respectivamente, tuvieron complicaciones durante el embarazo. El 43.3% de las puérperas que tuvieron depresión postparto y el 40% de las puérperas que no lo presentaron eran primíparas. Las características sociodemográficas presentan un grado de asociación mínima con la presencia de depresión postparto. Existe una

probabilidad de 1.15 veces más en tener depresión postparto cuando la mujer es primípara (OR: 1.15; IC95% 0.472–2.787), $p > 0.05$.

CONCLUSIONES: Los factores sociodemográficos: edad, estado civil, ocupación y grado de instrucción constituyen un grado de asociación mínima con la presencia de depresión postparto, además que no se evidencian diferencias significativas. La primiparidad incrementa el riesgo de desarrollar depresión postparto en 1.15 veces más, aunque estos datos no fueron estadísticamente significativos.

PALABRAS CLAVES: Depresión postparto, primiparidad, factores sociodemográficos.

ABSTRACT

"SOCIODEMOGRAPHIC FACTORS, PRIMIPARITY AND ITS RELATION WITH POSTPARTUM DEPRESSION IN PUERPERAS 20 TO 34 YEARS ATTENDED AT THE SAN BARTOLOMÉ MOTHER-CHILD TEACHING HOSPITAL - JANUARY 2017"

OBJECTIVE: To determine the relation between sociodemographic factors and primiparity with postpartum depression in puerperas 20 to 34 years attended at the San Bartolomé Mother-Child Teaching Hospital - January 2017.

METHODOLOGY: An analytical study of cases and controls realized in 90 postpartum women (30 postpartum women diagnosed with postpartum depression and 60 postpartum women without diagnosis of postpartum depression) attended at the San Bartolomé Mother-Child Teaching Hospital-January 2017. Data were collected through a questionnaire consisting of a sociodemographic and obstetric data and the Edinburgh Postpartum Depression Scale, applied to each patient. An exploratory analysis of the variables was performed using frequencies and percentages, taking into account as significant a value of $p < 0.05$. All information was tabulated in bivariate tables to determine the association of qualitative variables; for which the Chi-Square test was applied. For the determination of the ratios, the cross product ratio (OR) was applied with its 95% confidence intervals.

RESULTS: In 63.3% of the cases (postpartum postpartum depression) and controls (postpartum women without postpartum depression), the most frequent age was 20 to 27 years. In both groups education 63.3% of the cases and 70% of the controls didn't reach a higher education. 83.3% of the cases and 86.7% of the controls stated that they had a stable partner, whether married or cohabiting. In both groups, 73.3% and 61.7% of postpartum women with and without postpartum depression, respectively, are housewives. 50% of the cases and 63.3% of the controls manifested that their pregnancy was planned. In 6.7% of postpartum women in the first group and 20% in postpartum women in the second group, the term of the pregnancy was premature. Also, 36.7% and 30% of postpartum women with and without postpartum depression, respectively, had complications during pregnancy. 43.3% of puerperas who had postpartum depression and 40% of postpartum women who didn't present postpartum depression were primiparous. The sociodemographic characteristics present a minimal association with the presence of postpartum depression. There is a 1.15 times greater

chance of having postpartum depression when the woman is primipara (OR: 1.15; 95% CI 0.472-2.787), $p > 0.05$.

CONCLUSIONS: Sociodemographic factors: age, marital status, occupation and educational level constitute a minimum degree of association with the presence of postpartum depression, also there aren't significant differences. Primiparity increases the risk of developing postpartum depression by 1.15 times more, although these data were not statistically significant.

KEYWORDS: Postpartum depression, primiparity, sociodemographic factors.

1. INTRODUCCIÓN

La depresión en cualquier momento de la vida afecta profundamente la autopercepción y el comportamiento de las personas, especialmente en las relaciones interpersonales y sociales.¹

Según la Organización Mundial de la Salud: “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”². Según informes de la Organización Mundial de la Salud (OMS), una de cada 20 personas señala haber tenido al menos un episodio depresivo en el último año (World Federation of Mental Health, 2012), constituyendo la depresión un importante problema de salud pública a nivel mundial.³

En el postparto, la depresión es la complicación más común de las madres, que afecta aproximadamente al 10-15% de las mujeres y, como tal, representa un problema considerable de salud tanto para ellas y sus hijos recién nacidos, como para sus familias⁴.

Diversos estudios internacionales muestran que entre un 6 y un 38% de las mujeres sufren de depresión durante o después del embarazo (Field, 2011; Fortner, Pekow, Dole, Markenson & Chasen Tabe, 2011), duplicándose estas cifras en los países en vías de desarrollo (Alvarado et al., 2000). Estudios en comunidades latinoamericanas respaldan estos hallazgos, reportando valores superiores al 20% en depresión posparto (Latorre, Contreras & García, 2006).³ También se encontró un amplio rango de prevalencias para esta condición, que van desde 1 hasta 39%. Usando la Escala de Depresión Posparto de Edimburgo, se halló que en Inglaterra la incidencia de la depresión posparto va de un 10 a 15% y la prevalencia en un rango de 8.2 a 14.9%. Asimismo en Chile la prevalencia a las 12 semanas post parto es de 43% y una incidencia de 32.5%. En Estados Unidos de 8 a 26%, España 25.8% y Brasil 12%. Un estudio que incluyó 11 centros, mostró que la depresión posparto fue más frecuente en la India (32%), Korea (36%), Guyanas (57%) y Taiwán (61%).⁵

En Perú los estudios realizados son muy pocos, datos obtenidos en establecimientos de salud del primer nivel del Ministerio de Salud (MINSA) en Lima Metropolitana en junio del 2004, mostraron que la prevalencia de depresión posparto diagnosticada por medio del test de Edimburgo era del 33% y con la entrevista semi-estructurada del Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM IV) se confirmaba una

prevalencia de 24.1% y que el 50% de ellas presentó disforia postparto durante la primera semana ⁵. En el 2009 se obtuvo que en un estudio realizado en el Hospital Nacional Docente Madre Niño San Bartolomé, que el 51% de la población estudiada presentó tristeza materna o disforia postparto y que de ellas, el 17% presentó depresión postparto. ⁶

Asimismo, la depresión postparto se asocia a un conflicto de intereses entre las necesidades y aspiraciones individuales y la obligación de asumir una nueva responsabilidad; de igual manera pueden surgir dudas sobre la capacidad personal para ejercer los cuidados que el recién nacido requiere, por lo que hay una mayor predisposición hacia el estrés psicológico, lo que a su vez determina que sea una etapa de mayor vulnerabilidad para la posible aparición de ansiedad y depresión.⁷

En las investigaciones realizadas, en el ámbito nacional e internacional, sobre depresión postparto, se ha observado que tanto la primiparidad como los factores sociodemográficos, ha condicionado la aparición de este trastorno psíquico en puérperas; no obstante hay otras tantas que demuestran lo contrario. Teniendo en cuenta estas dos perspectivas se mencionará las siguientes investigaciones:

Paiz D. (2012) en su estudio *“Depresión en el postparto”* en Guatemala, concluyó que la prevalencia de depresión posparto en 400 pacientes de 15 a 40 años ingresadas al servicio de maternidad del Hospital Regional de Zacapa fue de 36%. Entre las características sociales estudiadas en el postparto asociadas al riesgo de desarrollar depresión, se pudo encontrar que la población con mayor riesgo se encuentra comprendida entre las edades de 15 a 25 años; las pacientes que se encontraban en el puerperio del primer o segundo hijo presentaron un riesgo mayor a sufrir este trastorno. También determinó que el 69% de las pacientes con riesgo de depresión posparto no tenían planeado el embarazo, además de que el nivel de escolaridad se encontraba entre primaria y secundaria. En cuanto a la vía de resolución del embarazo se observó que la diferencia entre las pacientes que presentaron riesgo de depresión posparto no fue mayor al 10% entre cesárea y parto vaginal. ⁸

Dois A, Uribe C, Villarroel L, Contreras A. (2012) en su estudio *“Factores de riesgo asociados a síntomas depresivos post parto en mujeres de bajo riesgo obstétrico atendidas en el sistema público”* en Chile, en una muestra de 105 puérperas mayores de 15 años con embarazos de bajo riesgo, obtuvieron un 37% de prevalencia de

síntomas depresivos en la población estudiada. Del total de la muestra se obtuvo que la edad promedio fue de 24,5 años, con un rango entre 17 y 42 años, el 69,2% tenía escolaridad media completa y su mayoría se desempeñaban como amas de casa (55,2%). Al momento del parto, 63,8% del total mantenía una relación de convivencia estable con sus parejas, 55,5% no planificó su embarazo y 44,2% de ellas eran primíparas. Mediante el análisis univariante se mostró que la percepción de familia, funcionamiento, superpoblación y número de hermanos fueron significativamente asociados con síntomas depresivos postparto. Un modelo de regresión múltiple sólo acepta funcionamiento familiar como predictor de depresión; con lo que se concluye que la percepción del funcionamiento familiar fue la única variable que explica en parte la presencia de síntomas de depresión en mujeres con bajo riesgo obstétrico.⁹

Romero G, Dueñas M, Regalado C, Ponce A. (2010) en su estudio *“Prevalencia de tristeza materna y sus factores asociados”* en México, obtuvieron como resultado que de 1134 mujeres, 21 (1.8%) tuvieron diagnóstico de tristeza materna. Los factores significativos relacionados con ésta fueron: el antecedente de hijos muertos, episodios de depresión y alteraciones en el sueño. Con lo que se concluyó que la frecuencia de tristeza materna en la población estudiada es baja, además que los factores asociados con este padecimiento pueden identificarse durante el control prenatal para proporcionar atención especial a estas mujeres, y así prevenir las complicaciones resultantes.¹⁰

Rojas G, Fritsch R, Guajardo V, Rojas F, Barroilhet S, Jadresic E, et .al. (2010) en su estudio titulado *“Caracterización de madres deprimidas en el parto”*, realizada en cinco consultorios de atención primaria de salud de la Región Metropolitana en Chile ; se trabajó con 440 puérperas entre 1 a 11 meses posparto con un rango de edad entre 15 y 46 años, los resultados reportaron lo siguiente: Se encontró una correlación débil pero significativa entre un mayor puntaje en el EPDS con una menor educación; un mayor número de hijos y de embarazos, una mayor diferencia con el hermano que le antecede ; respectivamente. Además que las mujeres separadas tienen una probabilidad cuatro veces mayor que las solteras de tener depresión postparto. ¹¹

Alvarado C, Sifuentes A, Estrada S, Salas-Martínez C, Hernández A, Ortiz S, et.al. (2010) en su estudio *“Prevalencia de depresión posnatal en mujeres atendidas en hospitales públicos de Durango, México”* tuvo como objetivo determinar la prevalencia y

características epidemiológicas asociadas a la depresión postparto en esta población, cuya muestra estuvo conformada por 178 mujeres de 1 a 13 semanas postparto. Aplicada la Escala de Depresión Posnatal de Edimburgo, se obtuvo que la prevalencia hallada fue del 32.6 % en la población; asimismo se observaron frecuencias significativamente mayores de depresión en mujeres con escasa escolaridad, con más de tres años de vida con su pareja, no aseguradas y residentes del medio rural. Por el contrario, no hubo diferencias significativas en la prevalencia de depresión entre las mujeres menor 20 años, y las de más de 20 ; entre mujeres solteras y de otros estados civiles, ni en la ocupación, estado civil, edad al contraer matrimonio y religión. El análisis multivariado mostró que la depresión posnatal se asoció significativamente con depresión previa, antecedente de depresión posnatal; depresión, ansiedad y estrés durante el embarazo, estrés después del embarazo, trauma, mala relación o abandono de la pareja, embarazo no deseado, problemas familiares, y vivir sin la pareja. Con lo que se concluyó que la prevalencia de la depresión posnatal en las mujeres estudiadas fue alta y que diversos factores sociodemográficos, clínicos y psicosociales contribuyeron a la depresión.¹²

Urdaneta J, Rivera A, García J, Guerra M, Baabel N, Contreras A, et.al. (2011) en su estudio *“Factores de riesgo de depresión postparto en puérperas venezolanas valoradas por medio de la escala de Edimburgo”* aplicado en 100 puérperas atendidas en la Maternidad “Dr. Armando Castillo Plaza” del Hospital Universitario de Maracaibo, Venezuela , se obtuvo que los trastornos médicos durante el embarazo estaban presentes en el 16% de los casos (OR:21.6%; IC 95% 5.82-80.11; $p < 0.001$); además que el nivel educativo primario o inferior aumentaba hasta en 7 veces el riesgo de presentar depresión postparto, mientras que el haber alcanzado un nivel educativo superior a la primaria tenía un efecto protector. También se obtuvo como resultado que el nacimiento mediante cesárea y no contar con el apoyo familiar presentaron una asociación significativa con el riesgo de presentar depresión en el postparto. Asimismo se ha encontrado que no hay diferencia significativa en la prevalencia de depresión entre las mujeres solteras y con otros estados civiles; así como la paridad no mostró ser un factor determinante para la presencia de depresión en el postparto. Los resultados ponen en evidencia que existe una alta prevalencia de depresión postparto, con diversos factores de riesgo que permitirían tomar acciones para un diagnóstico oportuno de esta enfermedad.¹³

Urdaneta J, Rivera A, García J, Guerra M, Baabel N, Contreras A, et.al. (2010) realizó una investigación comparativa con diseño no experimental titulada *“Prevalencia de depresión posparto en primigestas y multíparas valoradas por la escala de Edimburgo”* en la cual incluyó una muestra de 100 mujeres en puerperio tardío entre primigestas y multíparas atendidas en la División de Obstetricia y Ginecología del Servicio Autónomo Hospital Universitario de Maracaibo, Venezuela, fueron divididas en dos grupos pares de 50 sujetos según paridad, evaluadas mediante la Escala de Depresión Posparto de Edimburgo. Los resultados demostraron una prevalencia del test positivo en el 91% de la muestra, con una prevalencia de depresión posparto confirmada por medio del DSM-IV del 22%, presentando únicamente mayor frecuencia de ideación suicida las multíparas. No hubo una asociación estadísticamente significativa entre paridad y depresión posparto. A partir de lo que se concluye que la población estudiada presenta una alta prevalencia de depresión postparto, sin diferencias en cuanto a su paridad.¹⁴

Bustos S, Jiménez N. (2013) en su estudio *“Factores de riesgo asociados a la depresión postparto, en mujeres que asisten a centros de atención primaria en la ciudad de Arica – Chile”* que corresponde a un diseño no experimental correlacional ex post-facto, los instrumentos utilizados fueron: Edimburgo que mide síntomas depresivos, Cuestionario de Satisfacción con la Pareja y una encuesta para recabar antecedentes Sociodemográficos y Anamnésticos. Los resultados indicaron que las variables asociadas de manera estadísticamente significativa con la Depresión Post-Parto guardan relación con factores anamnésticos, específicamente con el deseo del embarazo, diagnóstico previo de depresión, intento de aborto del hijo recién nacido y método utilizado para la nutrición. Finalmente, los resultados permiten establecer que existen factores de riesgo relacionados con la historia personal de las madres que inciden en el surgimiento de la Depresión Post Parto. Esto da cuenta de la importancia de desarrollar actividades que permitan un seguimiento eficaz y estrategias de prevención de trastornos depresivos asociados a la maternidad.¹⁵

Vásquez E , Sangama R (2012) en su estudio *“Relación entre características sociodemográficas y riesgo de depresión posparto en puérperas que consultan en la clínica CORPOMEDICO en Tarapoto junio-setiembre 2012”*, realizado en Perú , en una muestra conformada por 30 puérperas, de las cuales el 66,7% presentaron mayor riesgo de depresión posparto que el resto, de las cuales el 73,3 % de jóvenes tuvieron

entre 20 a 30 años de edad, 80% tuvieron unión estable, el 36,7% fue ama de casa, 50% primíparas; el 46,7% refirió tener un solo hijo, el 30% poseía estudios de secundaria completa, el 40% tuvo ingresos entre 100 a 500 nuevos soles, el 60% manifestó embarazo deseado ($\chi^2 = 5.625$) y el 56,7% refirió parto por cesárea. Con los resultados obtenidos concluyeron que no existió una asociación significativa entre Riesgo de Depresión Posparto y las Características Socio demográficas: Edad, Estado Civil, Ocupación, Paridad, Número de Hijos Vivos, Nivel Educativo y Nivel de Ingreso, pero se encontró una asociación significativa entre Riesgo de Depresión Posparto y el tipo de Embarazo y tipo de Parto, en la población estudiada.¹⁶

Vera E. (2013) en su estudio *“Factores de riesgo asociado a depresión postparto en puérperas del Hospital Nacional Docente de Trujillo”*, realizado en Perú, cuya población de estudio estuvo conformada por 130 casos y 260 controles, se aplicó el Test de Edimburgo y se obtuvo como resultado que los factores de riesgo asociados y su frecuencia en mujeres con depresión postparto fue: edad materna menor de 20 años en 35.4%; instrucción no superior en 85.4%, que se dio hasta 3 veces más que la población con instrucción superior; estado civil soltera en 33.1%; edad gestacional pretérmino en 22.3%, que influye significativamente en el desarrollo de la depresión; condición de primigestas en un 70%, que aumentaba en 4 veces más el riesgo que en las multigestas; embarazo no deseado en 71.5% y eventos estresantes durante el último año en 50%.¹⁷

Choque V. (2013) en su estudio *“Factores relacionados con la depresión post -parto en puérperas atendidas en el Hospital María Auxiliadora”*, realizado en Perú, obtuvo como resultado que los factores personales relacionados con la depresión post-parto están en la edad adulta joven y el grado de instrucción primario y secundario; mientras que el estado civil, se considera como un factor protector; los factores atribuidos a la pareja de las puérperas están relacionados con la depresión post-parto, son de grado de instrucción secundaria, ocupación desocupado obrero y empleado (52,6%), tiempo de convivencia de hasta 5 años (72%) y tipo de relación regular (52%). Los factores reproductivos relacionados con la depresión post-parto como multigestas con un 61.7%, el número de hijos es de 3 a 4, la edad de los hijos (menor de 3 años), el 64% presentó abortos inducidos previos y el 84% no planifica el embarazo actual. En los factores familiares la dinámica familiar, están asociados significativamente al riesgo. Los

factores socioeconómicos están relacionados con la depresión post-parto en cuanto al nivel bajo y medio con el 100%.¹⁸

Escobar J. (2008) en su estudio "*Violencia basada en género y depresión post-parto en el Hospital San Bartolomé*", realizado en Perú, cuya población de estudio fue de 100 mujeres púerperas, las cuales presentaron una media de edad de 27,8 +/- 6.1 años. La totalidad de muestra eran púerperas de más de 1 mes post-parto. Posterior a la recolección de datos generales de la madre, se aplicó la Escala de Depresión Post-Parto de Edimburgo y se encontró que el 17% de las mujeres presentaron dicha patología, obteniéndose puntajes que oscilaban entre los 0 y 25 puntos. Las relaciones entre los casos de DPP y estado civil, nivel socioeconómico y educativo, planificación del embarazo y tipo de parto no fueron estadísticamente significativas. Las variables relacionadas al estado anímico de la mujer durante la gestación como autoestima, ansiedad durante la gestación, historia de depresión previa al embarazo; la satisfacción marital, los eventos estresantes durante la gestación y los problemas con el cuidado del bebé fueron estadísticamente significativos en relación a los cuadros de DPP al aplicar la prueba Chi-cuadrado. Así mismo, la medida de asociación OR entre las variables DPP con ansiedad durante la gestación (OR= 7,1; IC: < 1,9; 26,6>), con historia de depresión previa al embarazo (OR=4,06; IC: < 0,11; 0,97>) y con problemas por los cuidados del bebé (OR= 4,1; IC: < 1,3; 1,2>) muestra que existe mayor probabilidad de sufrir DPP en aquellas que presentan dichos antecedentes. No se encontraron diferencias estadísticamente significativas ni asociación entre los casos de DPP y depresión durante la gestación, el soporte social brindado por la pareja, los problemas con el comportamiento del bebé ni con los casos de tristeza materna.¹⁹

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS) la depresión es un trastorno mental común que se presentan con el humor deprimido, la pérdida de interés o placer, sentimientos de culpa o el autoestima baja, el sueño desequilibrado, desórdenes del apetito, la energía baja, y la concentración pobre. Estos problemas, pueden hacerse recurrentes o crónicos, y conducir a daños sustanciales en la capacidad de un individuo de tener cuidado de su responsabilidades diarias.²

Estas alteraciones psíquicas en el posparto se clasifican como: depresión leve, «tristeza posparto» o «maternity blues» (síndrome leve y transitorio que se presenta a los 2-4 días del parto y afecta al 20-80% de las mujeres, y que suele desaparecer de forma espontánea y sin secuelas en unas 2 semanas); depresión mayor posparto (que

se suele iniciar entre las 2-8 semanas posparto, y en ocasiones incluso tras varios meses, con fuertes sentimientos de culpa, de incapacidad para el cuidado del hijo, ambivalencia afectiva hacia éste), y la psicosis posparto (cuadro grave que se presenta tras el parto en el 1-2% de mujeres, que aparece de forma brusca entre los pocos días y las primeras 8 semanas), suele tener recurrencias frecuentes, y en ocasiones requiere la separación de la madre del hijo si se presentan ideas agresivas.²⁰

La disforia postparto o Maternity Blues (tristeza post parto) se describe como una alteración del estado de ánimo, debida principalmente a cambios hormonales (especialmente bajos niveles de estrógeno o anomalías de la tiroides), psicológico y social que tiene una intensidad y duración variable, y suelen aparecer entre los dos y cuatro días posteriores al parto y que no dura más de 2 semanas. Se caracteriza por la presencia de irritabilidad, llanto fácil, rasgos hipocondríacos, insomnio, fatiga, pérdida del apetito, falta de concentración; así como con ansiedad y desesperación por la dificultad en el manejo del recién nacido²¹. Este cuadro aparece en un 86% de las mujeres que acaban de dar a luz y es una reacción pasajera esperable después del parto²². La mayoría de estudios han encontrado asociación entre la “*Maternity Blues*” y variables tales como: edad, nivel educativo, estado laboral, estado civil, planificación del embarazo, parto por cesárea, paridad, inicio y decisión de la lactancia, soporte social, relación de pareja, entre otros. Por otro lado, estudios de corte psicológico han demostrado asociación entre “*Maternity Blues*” y ciertos rasgos de personalidad como neuroticismo, hipocondriasis, depresión y paranoia.²³

Los factores de riesgo más comunes son la presencia de episodios de depresión o síntomas depresivos durante el embarazo, así como de sucesos estresantes durante la gestación, especialmente durante el último mes. Se ha visto que las alteraciones del sueño, haber padecido un síndrome premenstrual, o el antecedente de hijos muertos, aumenta las posibilidades de que aparezca. No requiere de un tratamiento específico más allá de la educación y el apoyo social y familiar.⁷

Psicosis postparto es la forma más severa de los trastornos psiquiátricos puerperales. Suele iniciar 48 a 72 horas luego del parto, y rara vez inicia más allá de las 4 semanas. El cuadro clínico se asemeja a una psicosis afectiva de rápida evolución, con rasgos maníacos, depresivos o mixtos.⁷

Los síntomas suelen comenzar como insomnio o incapacidad para descansar, junto con irritabilidad, ansiedad e inestabilidad del estado de ánimo. A continuación pueden darse

conductas suspicaces, signos de confusión, preocupación excesiva por trivialidades o rechazo de la comida. Después de la fase inicial, generalmente de una semana, tiene lugar la fase aguda, en la que aparece propiamente la actividad delirante y alucinatoria, así como otros síntomas graves ²¹. Las ideas delirantes suelen centrarse en el niño; e incluyen ideas de que el niño está muriendo, o que tiene poderes especiales, o atribuciones divinas o diabólicas. Frecuentemente se presentan alucinaciones auditivas que indican a la madre que lesione o mate al niño o a sí misma. A diferencia de otras psicosis afectivas, la psicosis posparto frecuentemente se asocia con confusión y delirio. Las primigestas son doblemente vulnerables a la psicosis⁷.

Depresión mayor posparto es la complicación psiquiátrica más común de la maternidad, ocurre en el 13% de mujeres después del parto y ocurre en la mayoría de las madres primíparas. Se da en un periodo de alto riesgo para desarrollar desórdenes emocionales, es así que del 50 al 90% de las mujeres experimentan diferentes grados de desórdenes afectivos, entre los que incluye “*baby blues*” y la depresión posparto. ⁵

Dentro de la nomenclatura psiquiátrica, la Depresión Postparto 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). ²⁰

Por otro lado, el Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders Four Edition-Text Revision (DSM-IV-TR) de la American Psychiatric Association, considera depresión posparto a “aquel episodio de depresión mayor que comienza dentro de las 4 primeras semanas posparto”⁴.

El comienzo de la depresión en el puerperio puede ser perjudicial para la madre y su relación de pareja, así como la relación con sus otros hijos, pudiendo presentar efectos adversos a largo plazo si no se trata. La clínica se caracteriza por tendencia al llanto, desánimo, labilidad emocional, irritabilidad, sentimientos de culpa, pérdida del apetito,

ideas suicidas y trastorno del sueño, falta de concentración y memoria, así como sentimientos de incapacidad de hacer frente a la reciente maternidad.⁴

El puerperio es el periodo que incluye las primeras semanas que siguen al parto. Es comprensible que su duración sea imprecisa, pero la mayoría de los especialistas considera un lapso de cuatro a seis semanas. Aunque se trata de un periodo relativamente simple en comparación con el embarazo, el puerperio se caracteriza por muchos cambios fisiológicos. Algunos de ellos pueden representar sólo molestias menores para la nueva madre, pero es posible también que surjan complicaciones graves. Algunas pacientes pueden sentir cierto desamparo después del parto, dado que ahora la atención se concentra en el lactante. En consecuencia, el puerperio puede ser un momento de intensa ansiedad para muchas mujeres.²⁴

Cerca de 85% de las mujeres presentan algún tipo de alteración del estado de ánimo durante el posparto. Algunas de ellas experimentan síntomas transitorios y leves; sin embargo, entre 8 y 25% de las mujeres manifiestan algún tipo de trastorno incapacitante y persistente. En este último grupo, permanecen sin diagnosticar el 50% de los casos.²⁵

Actualmente no es posible distinguir una causa única que explique la ocurrencia del trastorno, lo que sostiene su etiología multifactorial.

Dentro de los factores de riesgo de mayor asociación con depresión postparto se distinguen antecedentes personales de baja autoestima, depresión y depresión posparto previas, relaciones maritales dificultosas, redes de apoyo insuficientes y en particular, cuadros ansiosos, depresivos y de estrés durante el embarazo.

El estado civil, antecedentes familiares de problemas mentales, vulnerabilidad genética de la madre, tristeza posparto severa, características de personalidad y estilos cognitivos tendientes a la negatividad, la experiencia del parto y las complicaciones obstétricas, la depresión en las parejas y por último, características de salud y temperamento del recién nacido, presentan una asociación más débil.

Finalmente, se reporta una discreta asociación entre disfunciones tiroideas, cambios hormonales, alta hospitalaria precoz, parto prematuro, alimentación artificial del bebé, relación de pareja pobre, procesos de duelo en curso, edad, etnia, religión y paridad de la madre, habitar lugares apartados o rurales, dificultades para adaptarse a la maternidad, antecedentes de abuso sexual en la infancia, consumo de tabaco y enfermedad médica de la madre.¹

Existen diversos factores biológicos que incrementan el riesgo de depresión en el postparto; debido a que esta es una etapa marcada por cambios hormonales, se produce la brusca caída de los niveles de estrógenos y progesterona, hormonas que durante el embarazo se incrementaron, en parte, como resultado de la producción placentaria. Con la pérdida de la placenta durante el parto, los niveles de progesterona y estrógenos caen de manera abrupta y alcanzan los niveles previos al embarazo, en tercer día del post-parto. Las mujeres con los decrementos más bruscos tienen más probabilidades de reportarse como deprimidas durante los primeros 10 días después del parto.²⁶

Asimismo los niveles de 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. 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 crónico²⁷.

También se ha notado una relación entre estas rápidas caídas de los estrógenos luego del parto y marcados decrementos de los niveles de triptófano en plasma al final del embarazo e inicio del puerperio al compararlos con las mujeres no embarazadas¹ los mismos que correlacionan con el diagnóstico de depresión, debido a que el triptófano es precursor de serotonina, neurotransmisor involucrado en la etiopatogenia de estos trastornos.

Entre el primer y segundo día posparto, en las mujeres se observa elevación del triptófano sérico como mecanismo natural de compensación, lo que no ocurriría en quienes desarrollan un cuadro depresivo puerperal. Esta disminución provoca en las personas variaciones de patrones habituales de conducta, entre ellos, del sueño, apetito, niveles de energía, actividad sexual y social, todos comportamientos asociados a los cuadros depresivos.¹

Entre los factores psicológicos de riesgo existen:

- 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. ⁷

Asimismo, se han descrito una serie de factores protectores asociados a disminuir el riesgo de DPP. Entre ellos, los estilos cognitivos positivos, niveles elevados de autoestima materna, buenas relaciones de pareja y participación religiosa, que ayudarían a afrontar el estrés inicial de la maternidad. Como también la percepción materna de apoyo en tareas hogareñas y de crianza ya que la disponibilidad y uso efectivo de redes de apoyo social puede mitigar el desarrollo o la severidad del cuadro depresivo.

Igualmente se ha descrito como factor protector, especialmente en madres primerizas, la alimentación del bebé con lactancia materna. Esta induciría algunos beneficios psiconeuroinmunológicos reduciendo la actividad inflamatoria al atenuar la elevación de cortisol, ACTH, epinefrina y norepinefrina y disminuiría la reactividad materna al estrés propiciando comportamientos nutricios hacia el bebé. Por el contrario, el cese brusco o su corta duración, se ha asociado a una mayor probabilidad de ocurrencia de depresión postparto. ¹

Por otro lado, en la actualidad se cuenta con más de una veintena de estudios en los que se han documentado los numerosos efectos adversos asociados a la depresión materna posparto. Estas investigaciones han encontrado consecuencias negativas a

nivel del vínculo madre-hijo(a) y el desarrollo infantil, tanto en términos emocionales, conductuales como cognitivos. En otro estudio, se dio a conocer una asociación entre depresión postparto materna y violencia en el hijo(a)s, aun considerando la depresión durante la gestación, su historia de depresión y las características de la familia. Los hijos(a)s se mostraron más violentos(a)s si las madres habían estado deprimidas al tercer mes posparto y al menos en una ocasión más durante el seguimiento, el cual se extendió hasta 11 años después del parto. Pero la depresión puerperal no sólo puede afectar el modo como la madre se relaciona con su hijo sino también la manera como lo percibe. Se ha visto que las madres deprimidas perciben más negativamente a sus hijos y que los consideran más difíciles de criar que las madres del grupo control ²⁸.

La depresión en la actualidad es considerada un problema de salud pública debido a que dificulta el desempeño de la persona en la sociedad y afecta su capacidad para afrontar la vida diaria.

En el mundo, las mujeres tienden más que los hombres a padecer ansiedad y depresión, lo cual podrían explicarse por la revolución hormonal que suponen en algunas etapas de su vida; pero es durante el puerperio donde aumentan las probabilidades de padecerla. Se ha observado que la depresión en el postparto acarrea consecuencias adversas no solo para las mujeres sino que también provoca un impacto negativo en la relación entre la madre depresiva y el niño, el desarrollo emocional y cognitivo del recién nacido, además de afectar la relación de pareja; por lo que se puede afirmar que la depresión postparto afecta a la familia.

La primiparidad no solo es un factor de riesgo para la manifestación de diversas patologías, sino que también supone una etapa que representa un estrés único debido a que trae consigo importantes cambios físicos, además que el estado emocional de la madre tras el parto se ve alterado. Asimismo está presente la preocupación frente a lo desconocido que va desde el temor de no ser buena madre, destacando la inquietud de no saber identificar las necesidades del bebe cuando este llora.

A pesar de la problemática mencionada, en nuestra sociedad se observa que son pocos los estudios hechos acerca de la depresión post parto; además de la falta de información sobre la frecuencia con la que se presenta, así como del grado de relación existente con la primiparidad y características sociodemográficas presentes en la puerperas, incluso muchas mujeres que la padecen no reconocen tener este problema.

Por ello, el presente estudio propone determinar si existe o no relación entre las características sociodemográficas y la primiparidad con la depresión postparto en puérperas de 20 a 34 años. Con los resultados obtenidos se busca incrementar la bibliografía nacional del mencionado tema ya que es necesario para el conocimiento y sensibilización del personal involucrado en la atención de estos para que sepa identificar los síntomas desde su inicio y así dar un diagnóstico temprano y tratamiento oportuno a las puérperas para evitar consecuencias a futuro; además de establecer medidas de intervención que puedan ayudar a disminuir el riesgo en este grupo específico. Todo ello con la finalidad de contribuir a la mejora de la atención obstétrica y por ende a la salud mental de las puérperas y también la calidad de vida de las mismas como de sus familias.

Por tal motivo formulamos la siguiente pregunta: ¿Existe relación entre los factores sociodemográficos y primiparidad con la depresión postparto en puérperas de 20 a 34 años atendidas en el Hospital Nacional Docente Madre Niño San Bartolomé - Enero 2017?

OBJETIVOS

Objetivo general

- I. Determinar la relación entre los factores sociodemográficos y primiparidad con la depresión postparto en puérperas de 20 a 34 años atendidas en el Hospital Nacional Docente Madre Niño San Bartolomé - Enero 2017.

Objetivos específicos

- I. Determinar la relación entre los factores sociodemográficos y la depresión postparto en puérperas de 20 a 34 años atendidas en el Hospital Nacional Docente Madre Niño San Bartolomé - Enero 2017.
- II. Determinar la relación entre la primiparidad y la depresión postparto en puérperas de 20 a 34 años atendidas en el Hospital Nacional Docente Madre Niño San Bartolomé - Enero 2017.

HIPÓTESIS

Hipótesis general

H1: Existe relación entre los factores sociodemográficos y la primiparidad con la depresión postparto en puérperas de 20 a 34 años atendidas en el Hospital Nacional Docente Madre Niño San Bartolomé-Enero, 2017.

Ho : No existe relación entre los factores sociodemográficos y la primiparidad con la depresión postparto en puérperas de 20 a 34 años atendidas en el Hospital Nacional Docente Madre Niño San Bartolomé -Enero 2017.

Hipótesis específicas

Hipótesis de investigación 1: Existe relación entre los factores sociodemográficos y la depresión postparto en puérperas de 20 a 34 años atendidas en el Hospital Nacional Docente Madre Niño San Bartolomé-Enero, 2017.

Hipótesis nula 1 : No existe relación entre los factores sociodemográficos y la depresión postparto en puérperas de 20 a 34 años atendidas en el Hospital Nacional Docente Madre Niño San Bartolomé -Enero, 2017.

Hipótesis de investigación 2 : Existe relación entre la primiparidad y la depresión postparto en puérperas de 20 a 34 años atendidas en el Hospital Nacional Docente Madre Niño San Bartolomé-Enero, 2017.

Hipótesis nula 2 : No existe relación entre la primiparidad y la depresión postparto en puérperas de 20 a 34 años atendidas en el Hospital Nacional Docente Madre Niño San Bartolomé -Enero, 2017.

DEFINICIÓN DE TÉRMINOS

- **DEPRESION POSTPARTO:** aquel episodio de depresión que comienza en las primeras 4 semanas postparto⁴.
- **PRIMIPARIDAD:** una mujer que ha dado a luz sólo una vez uno o varios fetos vivos o muertos, con una duración calculada de la gestación de 20 semanas o más²⁴.
- **PUÉRPERA:** mujer que está dentro de las 6 semanas postparto²⁴.
- **FACTORES SOCIODEMOGRÁFICAS:** Cualquier rasgo, característica o exposición social y demográfica de un individuo que aumente su probabilidad de sufrir una enfermedad, trastorno o lesión

2. METODOLOGIA

2.1. TIPO Y DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN

Estudio analítico de casos y controles donde el grupo caso estuvo conformado por 30 puérperas con depresión postparto y el grupo control por 60 puérperas sin depresión postparto. Se aplicó estadística descriptiva e inferencial con un nivel de significación estadístico $p < 0.05$, asimismo se aplicó OR con sus intervalos de confianza al 95%.

2.2. POBLACIÓN Y MUESTRA

Conformado por las puérperas entre 20-34 años de edad que cumplieron con los criterios de inclusión atendidas en el Hospital Nacional Docente Madre Niño San Bartolomé durante Enero del 2017.

2.2.1 Selección de la muestra

Unidad de análisis: Puérpera de 20 a 34 años de edad que ha sido atendida en el Hospital Nacional Docente Madre Niño San Bartolomé - Enero del 2017.

CRITERIOS DE INCLUSION:

➤ GRUPO CASO

- Puérpera de 20-34 años con diagnóstico de depresión postparto
- Puérpera que acepte participar en el estudio
- Puérpera sin antecedente de enfermedad mental
- Puérpera de parto vaginal

➤ GRUPO CONTROL

- Puérpera adulta de 20 a 34 años sin diagnóstico de depresión postparto
- Puérpera que acepte participar en el estudio
- Puérpera de parto vaginal
- Puérpera sin antecedente de enfermedad mental

CRITERIOS DE EXCLUSION:

➤ GRUPO CASO Y CONTROL

- Puérpera con impedimento de habla
- Puérpera con trastornos mentales

2.2.2. Tamaño de la muestra

El estudio de Vera E. realizado en el Hospital Nacional Docente de Trujillo (2013) , determinó que en las puérperas primíparas alrededor del 70 % ($p_1 = 0,70$) presentó depresión postparto y en el grupo control solo 34.6% ($p_2 = 0.34$)¹⁷. Para el presente estudio, con una confianza del 95% y una potencia del 80%, se obtuvo el siguiente tamaño de muestra según las fórmulas:

$$n = \frac{[Z_{\alpha}\sqrt{2p(1-p)} + Z_{\beta}\sqrt{p_1(1-p_1) + p_2(1-p_2)}]^2}{(p_1 - p_2)^2}$$

Confianza (Z_{α})	95%	1,96
Poder (1 - beta)	80%	0.80
p1 de los casos	70%	0.70
p2 de los controles	34%	0.34
Promedio p		0.52
Muestra mínima según:		
Casos		29
Controles		29
Tamaño total de la muestra		58

Reemplazando en la formula a utilizar, se obtiene que:

$$\frac{[1.96\sqrt{2(0.52)(1-0.52)}+0.8\sqrt{0.7(1-0.7)+0.34(1-0.34)}]}{(0.7-0.34)^2}$$

$$n = 29$$

En el presente estudio se trabajara con un número mayor de controles que de casos, y se tomará la proporción de 1: 2 con el objeto de incrementar el poder estadístico. Para que la muestra sea más significativa, se delimitó en 30 casos y 60 controles.

2.2.3. Tipo de muestreo

No probabilístico por conveniencia porque de esta manera se podrá reclutar a todas las puérperas que cumplan con los criterios de selección dentro del periodo fijado para el estudio.

2.3. VARIABLES DE INVESTIGACION

Variable independiente

- Primiparidad
- Factores sociodemográficos

Variable dependiente

- Depresión postparto

Variables intervinientes

- Planificación del embarazo
- Prematuridad
- Complicaciones durante el embarazo

2.4. TÉCNICAS E INSTRUMENTOS

Se aplicó una encuesta estructurada en dos partes: la primera es la ficha de recolección de datos y la Escala de Depresión Postparto de Edimburgo.

Instrumento de recolección de datos

Ficha de recolección de datos sociodemográficos y obstétricos: consta de 8 preguntas que toma en cuenta dos dimensiones: datos sociodemográficos (edad, estado Civil, grado de instrucción y ocupación) y datos obstétricos (paridad, planificación del embarazo, prematuridad y complicaciones en el embarazo)

El Test de la Escala de Edimburgo (de Cox, Holden y Sagovsky): fue diseñada en 1987 y validada por sus autores para evaluar específicamente la sintomatología depresiva durante el periodo postnatal. Posteriormente, Murray y Cox determinaron su validez en las semana 28 a 34 de gestación, su uso se ha extendido hasta casi cuatro años post parto²⁹. Fue seleccionado para el presente estudio debido a que tiene una especificidad del 99% y sensibilidad de 78% a nivel internacional ; y desde marzo del 2002 se encuentra validada en nuestro país por Vega-Dientsmaier J, Mazzoti G. y Campos M. quienes realizaron un estudio en el Hospital Cayetano Heredia (Lima -Perú) con 321 mujeres que tenían menos de 365 días postparto y que acudieron a los consultorios de Planificación Familiar o llevaron a sus hijos a control pediátrico; se excluyó a mujeres analfabetas o que tenían dificultades para comunicarse con el entrevistador.

A las participantes se aplicó una traducción al español de la EPDS (Edinburgh Postnatal Depression Scale), previo consentimiento informado, y la sección para el diagnóstico del episodio depresivo mayor de la Entrevista Clínica Estructurada para el DSM-IV (Structured Clinical Interview for DSM-IV o SCID) que incluye la evaluación de nueve síntomas depresivos (animo deprimido, perdida de interés o placer, cambios del apetito, disturbios del sueño, alteraciones psicomotoras, cansancio, culpa, e ideas suicidas). La puntuación promedio de la EPDS fue 10.59 con un rango de 0 a 25 puntos y se demuestra que las puntuaciones son significativamente más altas en mujeres con depresión mayor o menor que en las no deprimidas.

La validez predictiva de la EPDS se evaluó comparando la escala con la información procedente del SCID. Además, se halló correlación significativa de 0.4478 entre las

puntuaciones de la EPDS y el número de síntomas para el criterio A para depresión mayor. El coeficiente alfa de Cronbach fue de 0.7043 con lo que obtuvo la consistencia interna de la escala.

También se determinó que el punto de corte óptimo es el que proporciona el máximo de especificidad con el mínimo perjuicio en la sensibilidad; en este estudio el punto de corte es 13.5; con este valor la sensibilidad es 84.21% y la especificidad 79.47%, ambos valores aceptables y similares a los del estudio de validación original de Cox et al que encuentra una sensibilidad de 86% y una especificidad de 78%.

Los resultados de validación hechos en otros países, se puede observar que el punto de corte obtenido varía entre 8.5 (Italia) y 13.5 (Perú), estas discrepancias podrían deberse a diferencias culturales y de idioma, y a las distintas formas de definir “depresión” y de captar a las participantes.

El valor predictivo positivo de la EPDS nos indica la probabilidad de que la participante presente depresión si es que su puntuación está por encima del punto de corte. Sin embargo, esto incluye un rango amplio de puntuaciones dentro del cual las probabilidades de depresión son distintas, por ejemplo, aunque el valor predictivo positivo de la escala para las puntuaciones es de 14 a 30 es 20.51% la probabilidad de tener depresión es distinta para una mujer con EPDS de 14 (7.44%) que para otra con puntuación de 30 (93.16%); por lo que la probabilidad de depresión para cada valor de la escala es diferente. Además es importante tener en cuenta que esta probabilidad, así como el valor predictivo positivo, depende también de la prevalencia de depresión en la población.³⁰

Es así que en base este estudio podríamos afirmar que la escala de depresión postparto es un registro de autoaplicación, que consta de 10 preguntas con cuatro opciones de respuesta cada una; 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 ansiedad, 1 con sentimiento de culpa, 1 con ideas suicidas y 1 con dificultad de concentración. Según los resultados obtenidos, las puérperas se clasificaron en tres grupos:

- EPDS menor que 10: sin riesgo de depresión postparto

- 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 de 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.

En el año 2008 se realizó un estudio transversal analítico en el Instituto Nacional Materno Perinatal (INMP) en la cual la escala de Edimburgo fue comparada con el cuestionario de Depresión de Beck-II; encontrándose que ambos evidencian alta consistencia interna y moderada correlación, en tanto que Edimburgo demostró mayor especificidad³¹. Sin embargo, este instrumento no parece adecuado para discriminar entre distintos tipos de Depresión (leve, moderada o grave) siendo ideal para este tipo de investigación transversal ³².

2.5. PLAN DE PROCEDIMIENTO Y ANALISIS DE DATOS

Como requisito necesario, en primer lugar se realizaron los trámites administrativos, para el permiso requerido, en la dirección del Hospital Nacional Docente Madre Niño San Bartolomé para recolectar información en el área de hospitalización (Sala D) de dicha institución durante el periodo de enero del 2017, luego se procedió con el inicio de la recolección de datos: Se identificó a las puérperas de 20 a 34 años que cumplieran con los criterios de inclusión y exclusión señalados anteriormente. Posterior a ello, se explicó a la participante los objetivos; previa firma del consentimiento informado se aplicó la encuesta, que se basa fundamentalmente en la Escala Edinburgh para la Depresión Postparto.

Toda la información recolectada fue colocada en un archivador específico para el análisis estadístico de los datos; los instrumentos fueron procesados a través de una base de datos en Microsoft Excel y analizados bajo el programa estadístico SPSS versión 23.0 para Windows.

Se realizó un análisis exploratorio de las variables utilizando frecuencias y porcentajes, para las variables cualitativas, tomando en cuenta como significativo un valor de $p < 0.05$. Toda la información se tabuló en tablas bivariadas para determinar la asociación de las

variables cualitativas; para lo cual se aplicó la prueba de Chi-Cuadrado. Para la determinación de las relaciones se aplicó la razón de productos cruzados (OR) con sus intervalos de confianza al 95%.

2.6. CONSIDERACIONES ÉTICAS

El presente estudio no involucró riesgo alguno para las participantes, sin embargo se hizo extensivo el uso del consentimiento informado el cual contiene los objetivos de la investigación e información acerca de los riesgos y beneficios del presente estudio; ya que así nos garantiza la confirmación de la participación de la paciente. Además que siguiendo el principio de confidencialidad no se divulgaron los nombres de las personas de la población de estudio.

3. RESULTADOS

3.1. PRESENTACIÓN DE LOS RESULTADOS

Los datos se presentan en 4 áreas. La primera corresponde a las características sociodemográficas de las puérperas; la segunda, a las características obstétricas. La tercera área corresponde a la asociación entre la primiparidad y la depresión postparto; y la cuarta, a la asociación entre los factores sociodemográficos y la depresión postparto.

Tabla 1. Características sociodemográficas según caso (Depresión postparto) y control (No depresión postparto) en las puérperas de 20 a 34 años atendidas en el Hospital Nacional Docente Madre Niño San Bartolomé - Enero, 2017.									
		Grupo				Total		X ²	p
		Caso		Control		n	%		
		n	%	n	%				
Edad (años)	< 28 años	19	63.3	35	58.3	54	60.0	0.21	0.64
	28 a 34 años	11	36.7	25	41.7	36	40.0		
Grado de instrucción	Superior	11	36.7	18	30.0	29	32.2	0.41	0.52
	No superior	19	63.3	42	70.0	61	67.8		
Estado civil	Soltera	5	16.7	8	13.3	13	14.4	0.18	0.67
	Con pareja estable	25	83.3	52	86.7	77	85.6		
Ocupación	No trabajadora	22	73.3	37	61.7	59	65.6	1.21	0.27
	Trabajadora	8	26.7	23	38.3	31	34.4		
Total		30	100.0	60	100.0	90	100.0		

Fuente: Elaboración propia

En el 63.3% de los casos (puérperas con depresión postparto) y 58.3 % de controles (puérperas sin depresión postparto) la edad más frecuente fue de 20 a 27 años. Asimismo, el 63.3% de los casos y el 70% de los controles no alcanzó una educación superior. El 83.3% de las puérperas con depresión postparto y el 86.7% sin depresión postparto manifestaron tener pareja estable, ya sea casada o conviviente. En ambos grupos, el 73.3% y 61.7% de las puérperas con y sin depresión postparto,

respectivamente, son amas de casa. No se evidencia diferencias significativas en las características sociodemográficas entre el grupo caso y control (Tabla 1).

Tabla 2. Características obstétricas según caso (Depresión postparto) y control (No depresión postparto) en las puérperas de 20 a 34 años atendidas en el Hospital Nacional Docente Madre Niño San Bartolomé - Enero, 2017.									
		Grupo				Total		X²	p
		Caso		Control		n	%		
		n	%	n	%				
Número de partos	Primípara	13	43.3	24	40.0	37	41.1	0.09	0.76
	Múltipara	17	56.7	36	60.0	53	58.9		
Embarazo planificado	Si	15	50.0	38	63.3	53	58.9	1.47	0.23
	No	15	50.0	22	36.7	37	41.1		
Prematuridad	Si	2	6.7	12	20.0	14	15.6	2.71	0.10
	No	28	93.3	48	80.0	76	84.4		
Complicaciones durante el embarazo	Si	11	36.7	18	30.0	29	32.2	0.41	0.52
	No	19	63.3	42	70.0	61	67.8		
Total		30	100.0	60	100.0	90	100.0		

Fuente: Elaboración propia

En ambos grupos la multiparidad fue mayoritaria, representando el 56.7% para el primer grupo (casos) y el 60% para el segundo grupo (controles). El 50% de los casos y el 63.3% de los controles manifestó que su embarazo fue planificado. En el 6.7% de las puérperas del primer grupo y en el 20% de las puérperas del segundo grupo, el término del embarazo fue prematuro. Asimismo, el 36.7% y el 30% de las puérperas con y sin depresión postparto, respectivamente, tuvieron complicaciones durante el embarazo. No se evidencia diferencias significativas en las características obstétricas entre el grupo caso y control (Tabla 2).

Tabla 3. Asociación entre la primiparidad y la depresión postparto en puérperas de 20 a 34 años atendidas en el Hospital Nacional Docente Madre Niño San Bartolomé-Enero, 2017.

		Grupo				Total		X ²	p	OR	IC 95%
		Caso		Control		n	%				
		n	%	n	%						
Primiparidad	Si	13	43.3	24	40.0	37	41.1	0.092	0.762	1.15	(0.472 - 2.787)
	No	17	56.7	36	60.0	53	58.9				
Total		30	100.0	60	100.0	90	100.0				

Fuente: Elaboración propia

Existe una probabilidad de 1.15 veces más en tener depresión postparto cuando la mujer es primípara (OR: 1.15; IC95% 0.472–2.787). Es decir que la primiparidad aumenta el riesgo de desarrollar depresión postparto, aunque estos datos no fueron significativos, $p > 0.05$. (Tabla 3).

Tabla 4. Asociación entre los factores sociodemográficos y la depresión postparto en púerperas de 20 a 34 años atendidas en el Hospital Nacional Docente Madre Niño San Bartolomé-Enero, 2017.

		Grupo				Total		X ²	p	OR	IC 95%
		Caso		Control		n	%				
		n	%	n	%						
Edad (años)	20 a 27 años	19	63.3	35	58.3	54	60.0	0.21	0.648	1.233	(0.50 - 3.042)
	28 a 34 años	11	36.7	25	41.7	36	40.0				
Grado de instrucción	Superior	11	36.7	18	30.0	29	32.2	0.41	0.523	1.35	(0.535 - 3.408)
	No superior	19	63.3	42	70.0	61	67.8				
Estado civil	Soltera	5	16.7	8	13.3	13	14.4	0.18	0.671	1.30	(0.385 - 4.381)
	Con pareja estable	25	83.3	52	86.7	77	85.6				
Ocupación	No trabajadora	22	73.3	37	61.7	59	65.6	1.21	0.272	1.709	(0.653 - 4.474)
	Trabajadora	8	26.7	23	38.3	31	34.4				
Total		30	100.0	60	100.0	90	100.0				

Fuente: Elaboración propia

Existe una probabilidad de 1.23 veces más en tener depresión postparto cuando la mujer tiene entre 20 y 27 años (OR:1.23; IC 95%: 0.50 - 3.042) , aunque estos datos no fueron estadísticamente significativos, $p > 0.05$.

Existe una probabilidad de 1.35 veces más en tener depresión postparto cuando la mujer tiene grado de instrucción superior (OR: 1.35; IC 95% 0.535 - 3.408) , aunque estos datos no fueron estadísticamente significativos, $p > 0.05$.

Existe una probabilidad de 1.30 más en tener depresión postparto cuando la mujer es soltera que cuando tiene una pareja estable (OR: 1.30; IC 95% 0.385 - 4.381), aunque estos datos no fueron estadísticamente significativos, $p > 0.05$.

Existe una probabilidad de 1.7 veces más en tener depresión postparto cuando la mujer no trabaja que cuando sí lo hace (OR: 1.70; IC 95% 0.653 - 4.474), aunque estos datos no fueron estadísticamente significativos, $p > 0.05$. (Tabla 4)

4. DISCUSIÓN

La depresión postparto puede ser considerada como una respuesta psicológica “normal” a las demandas que implica la maternidad y debido a ello, en nuestra sociedad, no se le da la importancia que requiere. Es por ello que esta “tristeza”, considerada aún dentro de los parámetros de normalidad, se ha convertido en una patología frecuente y de difícil diagnóstico. Además todavía se ignora las repercusiones que pueda tener, tanto en la vida de la mujer y su capacidad de experimentar el gozo de la maternidad, como el posible deterioro de la relación con los hijos y personas que la rodean.

Paiz D en su estudio de prevalencia, señala que la población con mayor riesgo se encuentra entre los 15 a 25 años⁸. Asimismo Vera E., indica que la edad materna menor de 20 años es considerado como factor de riesgo para el desarrollo de la depresión postparto (OR: 6.23; IC 95% 3.53-11)¹⁷. En el presente estudio el 43.3% y 58.3% de las puérperas con y sin depresión postparto respectivamente, la edad más frecuente fue de 20 a 27 años (OR: 1.23; IC 95% 0.50 - 3.04) y se pudo determinar que existe relación entre la edad y la presencia de la depresión postparto, aunque estos datos no fueron estadísticamente significativos. Este resultado concuerda con lo presentado por Vásquez y Sangama en su investigación realizada en Perú con un grupo de 30 puérperas, en la cual se identificó que el 66.7% presentó depresión postparto y también se demostró que no existe asociación significativa entre edad y el desarrollo de depresión postparto ($\chi^2 = 1.691$)¹⁶.

Choque V. en su estudio realizado en Perú, en el “Hospital María Auxiliadora”, determinó que las pacientes con grado de instrucción primario y secundario estaban más propensas a desarrollar depresión postparto¹⁸. Así también lo demostró Vera E., que las pacientes con instrucción no superior estaban 3 veces más propensas a desarrollar depresión postparto sobre la población con instrucción superior (OR: 3.77; IC: 95% 2.19 - 6.48)¹⁷. La presente investigación no halló diferencias significativas entre las pacientes que tienen grado de instrucción superior y las que no, además se halló un OR de 1.35 en un IC 95%: 0.53 - 3.40 lo que indicaría un grado mínimo de asociación; en semejanza con los resultados obtenidos en la investigación de Vásquez y Sangama, en el que de igual manera, no existe asociación significativa entre riesgo de depresión postparto y nivel educativo¹⁶.

Vera E. señala que el estado civil es un factor asociado al desarrollo de depresión postparto en la condición de soltera sobre casada o conviviente (OR : 5.38; IC 95% 3.04-9.41)¹⁷. Urdaneta J. realizó una investigación, en la que no se evidenció diferencia significativa en la prevalencia de depresión entre las mujeres solteras y con otros estados civiles¹³. En el presente estudio se observó que la condición de soltera aumenta en 1.3 veces más la probabilidad en desarrollar depresión postparto que aquellas que manifestaron tener pareja estable, ya sea casada o conviviente (OR: 1.30; IC 95%: 0.38 - 4.38) aunque estos datos no fueron estadísticamente significativos; en semejanza a lo encontrado por Alvarado C. et al, en su estudio titulado “Prevalencia de depresión posnatal en mujeres atendidas en hospitales públicos de Durango, México”¹².

En lo concerniente a la ocupación, se reportó que en ambos grupos, el 73.3% y 61.7% de los casos y controles, respectivamente, no son trabajadoras, con lo que se evidencia que no hay diferencia significativa entre ambas variables, además que el grado de asociación con la depresión postparto es mínimo (OR: 1.70; IC 95%:0.65 - 4.47). En concordancia con lo presentado por Vásquez y Sangama en su estudio realizado en Perú ($\chi^2= 6.682$; $p<0.05$)¹⁶ y Alvarado C, et al en su investigación aplicada en Mexico¹².

Urdaneta J. et.al en su estudio “Prevalencia de depresión posparto en primigestas y multíparas valoradas por la escala de Edimburgo” determinó que no hay asociación estadísticamente significativa entre paridad y depresión posparto (OR: 0.79; IC 95% 0.3064-2.046; $p=0.939$) observándose similares puntuaciones en la Escala de Edimburgo entre las primíparas y multigestas¹⁴. En otro estudio, el mismo autor, Urdaneta J. et.al, en una muestra de 100 puérperas demostró que la paridad no es un factor determinante para la presencia de depresión en el postparto¹³. En el presente estudio se obtuvo que la primiparidad es un factor de riesgo para el desarrollo de la depresión postparto (OR: 1.15; IC95% 0.472–2.787; $p > 0.05$), aunque estos datos no fueron estadísticamente significativos. En contraste con los estudios de Rojas G. et.al, que observó que las mujeres que tienen más de un hijo tienen una probabilidad dos veces mayor que las primíparas de tener un episodio más severo de depresión postparto¹¹; y el de Choque V. , que señaló que la multiparidad es un factor asociado a la depresión postparto, con un número de hijos de 3 a 4 ¹⁸.

5. CONCLUSIONES

- Los factores sociodemográficos y la primiparidad están asociados al desarrollo de la depresión postparto de forma mínima, aunque no se evidenció diferencias significativas en el grupo casos y controles.
- Los factores sociodemográficos presentan un grado de asociación mínima con la presencia de depresión postparto en las puérperas de 20 a 34 años atendidas en el Hospital Nacional Docente Madre Niño San Bartolomé, pero estos datos no fueron significativos. En la muestra seleccionada, la edad más frecuente fue de 20 a 27 años; además el 83.3% de las puérperas con depresión postparto tienen pareja estable, ya sea casada o conviviente; el 73.3% y 61.7% de las puérperas con y sin depresión postparto, respectivamente, no tenían un puesto de trabajo; también el 70% de los controles no alcanzó una educación superior.
- La primiparidad incrementa el riesgo de desarrollar depresión postparto, en 1.15 veces más (OR: 1.15; IC95% 0.472–2.787; $p > 0.05$), aunque estos datos no fueron estadísticamente significativos.
- Es necesario enfatizar que en la muestra seleccionada se identificó que el 6.7% de las puérperas tuvo parto prematuro; el 36.7% de los casos tuvieron complicaciones durante el embarazo; además que el 63.3% de las puérperas sin depresión postparto planificó su embarazo; y que el 43.3% y 40% de las puérperas con y sin depresión postparto, respectivamente, eran primíparas. Sin embargo, no se evidenció diferencia significativa entre el riesgo de depresión postparto y el número de partos, planificación del embarazo, prematuridad y complicaciones durante el embarazo.

6. RECOMENDACIONES

- Realizar evaluaciones psicológicas a todas las puérperas, sin distinción alguna, en su primer control y en el área de hospitalización, usando como tamizaje la Escala de Depresión Postparto de Edimburgo u otros instrumentos adecuados para el diagnóstico, previa capacitación al personal de salud. Asimismo, realizar el seguimiento a los casos que presenten puntuaciones altas en los instrumentos utilizados y así tener registros a nivel de cada establecimiento de salud.
- Implementar programas cuyo objetivo sea preservar la salud mental de las puérperas y diagnosticar los trastornos depresivos de la mujer en el postparto, dándole distintos enfoques según los estratos sociodemográficos a los que va dirigido. También es importante que estos programas permitan el trabajo en conjunto del área de Obstetricia con el área de psicología para dar el diagnóstico definitivo y el tratamiento adecuado.
- A pesar de que el grado de asociación entre la primiparidad y depresión postparto es mínima, no se puede dejar de brindar especial atención a esto; debido a que la puérpera primípara está sometida a un estrés distinto al de la madre multípara. Es por ello que se le debe brindar una atención integral abarcando su salud mental y la de su familia. Esto incluye capacitar a los profesionales de salud para que tengan mayor conocimiento acerca de la depresión postparto, así puedan diagnosticarlo precozmente y dar el tratamiento adecuado.
- Realizar sesiones educativas en la comunidad con el objetivo de concientizar a los pobladores sobre la importancia de reconocer los síntomas tempranos de la depresión postparto y sus factores de riesgo.

7. REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. Dois A. Actualizaciones en depresión posparto. Revista Cubana de Obstetricia y Ginecología. 2012; 38(4)576-586.
2. Organización Mundial de la Salud. Depresión. [Acceso el 30 de octubre del 2016]. Disponible en: <http://www.who.int/topics/depression/es/>
3. Olhaberry M, Romero M, Miranda A. SUMMA PSICOLÓGICA UST 2015, Vol. 12, N°1, 77-87
4. Lorenzo A, Soto M. Factores de riesgo de la depresión posparto. Fisioterapia. 2014;36(2):87--94
5. Jáuregui S, Arellano R, Aramburú P, Pari L, Salazar P, Sierra O. Prevalencia y factores asociados a depresión posparto en mujeres atendidas en establecimientos de salud del primer nivel de atención en Lima Metropolitana, junio 2004. Revista Peruana de Epidemiología 2008 12(3):1-5.
6. Escobar J , Pacora P , Custodio N, Villar W. Depresión posparto: ¿se encuentra asociada a la violencia basada en género? AnFacmed. 2009;70(2):115-8
7. Navas W. Depresión Postparto. Revista Médica De Costa Rica Y Centroamérica LXX (608) 639 - 647, 2013
8. Paiz D. "Depresión en el postparto"[Tesis de pregrado] Guatemala , 2012.
9. Dois A, Uribe C, Villarroel 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.
10. Romero G , Dueñas M , Regalado C , Ponce A. Prevalencia de tristeza materna y sus factores asociados. GinecolObstetMex 2010;78(1):53-57
11. 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.

12. Alvarado C, Sifuentes A, Estrada S, Salas-Martínez C, Hernández A, Ortiz S, et.al. Prevalencia de depresión posnatal en mujeres atendidas en hospitales públicos de Durango, México. *GacMédMéx* Vol. 146 No. 1, 2010
13. Urdaneta J, Rivera A, García J, Guerra M, Baabel N, Contreras A, et.al. 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
14. Urdaneta J, Rivera A, García J, Guerra M, Baabel N, Contreras A, et.al. Prevalencia de depresión posparto en primigestas y multíparas valoradas por la escala de Edimburgo. *Rev Chil Obstet Ginecol* 2010; 75(5): 312 – 320
15. Bustos S, Jiménez N. Factores de riesgo asociados a la depresión post parto, en mujeres que asisten a centros de atención primaria en la ciudad de Arica – Chile. *Revista de psiquiatría y salud mental*. 2013. Nº 1, XXX, 38 – 49.
16. Vásquez E ,Sangama R. Relación entre características sociodemográficas y riesgo de depresión posparto en puérperas que consultan en la clínica CORPOMEDICO Tarapoto junio-setiembre 2012.[tesis de pregrado] Tarapoto, 2012.
17. Vera E. Factores de riesgo asociado a depresión posparto en puérperas del Hospital Nacional Docente de Trujillo. [Tesis de pregrado] Trujillo, 2013.
18. Choque V. Factores relacionados con la depresión post -parto en puérperas atendidas en el Hospital María Auxiliadora [Tesis de pregrado] Lima, 2013.
19. Escobar J. Violencia basada en género y depresión post-parto en el Hospital San Bartolomé. [Tesis de pregrado] Lima 2008.
20. Viloutaa M, Álvarez E, Borrajoa E y González A. Depresión en el posparto inmediato: factores de riesgo. *ClinInvest Gin Obst*. 2006;33(6):208-11
21. Medina-Serdán E. Diferencias entre la depresión posparto, la psicosis posparto y la tristeza posparto. *PerinatolReprodHum* 2013; 27 (3): 185-193
22. Burt, Vivien k; Hendrick, Victoria C. Manual clínico de salud mental de la mujer. Barcelona, España: Ars Médica, 2007

23. Contreras H, et al. Blues Materno en púerperas de Lima Metropolitana y Callao: Validación de un instrumento y factores asociados. Estudio multicéntrico en cinco hospitales, 2009. Rev. Perú. epidemiol. Vol 15 No 1 Abril 2011
24. Cunningham G, et al. Williams Obstetricia. 23 edición, Mexico: The McGraw-Hill Companies, Inc., 2011
25. Guadalupe, M. "Factores asociados a depresión posparto en mujeres que acuden al hospital general de Ecatepec "Dr. José María Rodríguez, 2012".
26. Vargas J, García M. Depresión post-parto: presencia y manejo psicológico. Centro Regional de Investigación en Psicología, Volumen 3, Número 1, 2009 Pág. 11-18.
27. Nestler EJ, Barrot M, Dileone RJ et al. Neurobiology of depression. Neuron.2002; 34: 13-25.
28. Jadresic E. Depresión en el embarazo y el puerperio. REV CHIL NEURO-PSIQUIAT 2010; 48 (4): 269-278
29. Oquendo M, Lartigue T, Gonzales-Pacheco I, Méndez S. Validez y seguridad de la Escala de Depresión Perinatal de Edinburgo de tamiz para detectar depresión perinatal. PerinatolReprodHum 2008;22:195-202
30. Vega-Dienstmaier JM, Mazzotti G, Campos M. Validación de una versión en español de la Escala de Depresión Postnatal de Edimburgo. Actas EspPsiquiatr 2002; 30 (2): 106-11.
31. Lam N, Contreras H, Cuesta F, y cols. Comparación de dos cuestionarios autoaplicables para la detección de síntomas depresivos en gestantes. An. Fac. Med. 2009 Vol. 70 Nro. 01 pp. 12-24.
32. Gaynes BN, Gavin N, Meltzer-Brody S, Lohr KN, Swinson T, Gartlehner G, et al. Perinatal depression: prevalence, screening accuracy, and screening outcomes. Evid Rep Technol Assess (Summ). febrero de 2008;(119):1-8.

8. ANEXOS

ANEXO 1

CONSENTIMIENTO INFORMADO

“FACTORES SOCIODEMOGRÁFICOS, PRIMIPARIDAD Y SU RELACIÓN CON LA DEPRESIÓN POSTPARTO EN PUÉRPERAS DE 20 A 34 AÑOS ATENDIDAS EN EL HOSPITAL NACIONAL DOCENTE MADRE NIÑO SAN BARTOLOMÉ - ENERO 2017”

Institución: Universidad Nacional Mayor de San Marcos

Investigadora: Cerda Sanchez Mayra Azucena

Propósito del Estudio: Lo invitamos a participar en un estudio con la finalidad de conocer la relación entre los factores sociodemográficos y la primiparidad con la depresión postparto en puérperas de 20 a 34 años atendidas en el Hospital Nacional Docente Madre Niño San Bartolomé

Procedimientos: Se realizarán algunas preguntas acerca de sus datos generales y obstétricos, luego se realizará un cuestionario de tamizaje de depresión postparto.

Riesgos y Beneficios: No se esperan riesgos para su salud ya que el recojo de la información se realizará mediante un cuestionario, tampoco se realizarán procedimientos invasivos que afecten su integridad física. Los beneficios de esta investigación para la institución será el poner en conocimiento la relación entre los factores sociodemográficos y la primiparidad con la depresión postparto en puérperas de 20 a 34 años atendidas en el Hospital Nacional Docente Madre Niño San Bartolomé, así poder mejorar la atención brindada en dicha institución y realizar el diagnóstico temprano para evitar consecuencias a futuro en las puérperas.

Confidencialidad: El manejo de los datos y resultados obtenidos de las encuestas realizadas se guardarán bajo total confidencialidad ya que es totalmente anónima, no se mostrará ninguna información que permita la identificación de las personas que participen en este estudio. Si usted decide participar en el estudio, puede retirarse de éste en cualquier momento del mismo, o no participar sin perjuicio alguno.

Acepto voluntariamente participar en este trabajo de investigación, comprendo claramente los procedimientos del mismo y que puedo retirarme en cualquier momento del mismo.

Firma del participante



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



ANEXO 2

PRESENTACION: Señoras, soy alumna de la Escuela Académico Profesional de Obstetricia; en esta ocasión vengo a aplicar una encuesta cuya finalidad es realizar un trabajo de investigación, cuyo título es *“Factores sociodemográficos, primiparidad y su relación con la depresión postparto en puérperas de 20 a 34 años atendidas en el Hospital Nacional Docente Madre Niño San Bartolomé - Enero 2017”* 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.

I. DATOS GENERALES

1. Edad:
2. Grado de instrucción: primaria() secundaria() superior()
3. Estado civil: soltera() casada() conviviente()
4. Ocupación: ama de casa() empleada() independiente()

II. DATOS OBSTÉTRICOS

5. N° de hijos:
6. Embarazo planificado : si () no ()
7. Prematuridad: Si (parto antes de las 37 semanas) No (parto a las 37 o más semanas)
8. Complicaciones durante el embarazo: SI () NO()

III. CUESTIONARIO SOBRE DEPRESION POSTNATAL EDIMBURGO (EPDS) Como hace poco usted tuvo un bebé, nos gustaría saber cómo se ha estado sintiendo. Por favor marque con una cruz el número correspondiente a la respuesta que más se acerca a cómo se ha sentido en los últimos 7 días.

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

ANEXO 3

VARIABLES	DEFINICIÓN OPERACIONAL	DIMENSIÓN	TIPO	ESCALA	INDICADOR	INSTRUMENTO	CODIFICACIÓN
DEPRESIÓN POSTPARTO	Cualquier enfermedad depresiva no psicótica que ocurre en la madre durante el primer año después del nacimiento	<ul style="list-style-type: none"> • Disforia • Ansiedad • Sentimiento de culpa • Dificultad para la concentración • Ideas suicidas 	CUALITATIVA	NOMINAL	<ul style="list-style-type: none"> • Sin riesgo de depresión (<13 puntos) • Probable depresión (=13 puntos a más) 	TEST DE EDIMBURGO	<p>< 13</p> <p>13 a más</p>
PRIMIPARIDAD	Estado en el que una mujer ha dado luz solo una vez a un producto de más de 20 semanas.		CUALITATIVA	NOMINAL	= 1 HIJO	Ficha de datos obstétricos	<p>SI</p> <p>NO</p>

FACTORES SOCIODEMOCRÁFI CAS	Cualidades que determinan los rasgos sociales y demográficos de una persona	EDAD	CUANTITATIVA	DE RAZON	Años	Ficha de datos generales	< 27 años 28 a 34 años
		ESTADO CIVIL	CUALITATIVA	NOMINAL	Estado marital	Ficha de datos generales	Soltera Casada Conviviente
		GRADO DE INSTRUCCIÓN	CUALITATIVA	ORDINAL	Primaria Secundaria Superior	Ficha de datos generales	Primaria Secundaria Superior
		OCUPACIÓN	CUALITATIVA	NOMINAL	Ama de casa Empleada Independiente	Ficha de datos generales	Ama de casa Empleada Independiente
PLANIFICACIÓN DEL EMBARAZO	Es la decisión del momento en el cual una pareja desea ser padres.		INTERVINIENTE CUALITATIVA	NOMINAL	Planificado No planificado	Ficha de datos obstétricos	Si No
			INTERVINIENTE CUALITATIVA	NOMINAL	Antes de las 37 semanas Después de las 37 semanas	Ficha de datos obstétricos	Si No
PREMATURIDAD	Parto antes de las 37 semanas		INTERVINIENTE CUALITATIVA	NOMINAL	Presencia Ausencia	Ficha de datos obstétricos	Si No
COMPLICACIONES EN EL EMBARAZO	Alteraciones de la salud durante la gestación		INTERVINIENTE CUALITATIVA	NOMINAL		Ficha de datos obstétricos	Si No

