



Universidad Nacional Mayor de San Marcos

Universidad del Perú. Decana de América

Facultad de Medicina

Escuela Profesional de Obstetricia

Asociación entre indicadores de privación socio - afectiva y la depresión posparto en puérperas. Hospital Nacional Docente “San Bartolomé”. Lima, octubre - diciembre, 2016

TESIS

Para optar el Título Profesional de Licenciada en Obstetricia

AUTOR

Yamileth Cristhina PISCOYA AGUILAR

ASESOR

Ronald TORRES MARTÍNEZ

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

Piscoya Y. Asociación entre indicadores de privación socio -afectiva y la depresión posparto en puérperas. Hospital Nacional Docente “San Bartolomé”. Lima, octubre - diciembre, 2016 [Tesis de pregrado]. Lima: Universidad Nacional Mayor de San Marcos, Facultad de Medicina, Escuela Profesional de Obstetricia; 2017.



ESCUELA PROFESIONAL DE OBSTETRICIA

ACTA DE SUSTENTACIÓN DE TESIS PARA OBTENER EL TÍTULO
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: PISCOYA AGUILAR YAMILETH CRISTHINA ✓

Cuyo título es: ASOCIACIÓN ENTRE INDICADORES DE PRIVACIÓN SOCIO - AFECTIVA Y LA DEPRESIÓN POSPARTO EN PUÉRPERAS. HOSPITAL NACIONAL DOCENTE "SAN BARTOLOMÉ". LIMA OCTUBRE - DICIEMBRE, 2016 ✓ Reunidos en la fecha, después de la sustentación y resolución de preguntas por el Tesista, acordó el siguiente calificativo:

Muy Bueno

DIECISIETE 17

LIC. OBST. JENNY ELENISSE ZAVALA LUIAN
C.O.P. 7646
PRESIDENTE

LIC. OBST. EDITA R. CUYA CANDELA
C.O.P. 1266
MIEMBRO

LIC. OBST. MARTA LUQUE SUMA
C.O.P. 2843
MIEMBRO

DRA. ZAIDA ZAGACETA GUEVARA
ASESOR (A)



UNIVERSIDAD NACIONAL MAYOR DE SAN MARCOS
FACULTAD DE MEDICINA

Dra. ZAIDA ZAGACETA GUEVARA
DIRECTORA
E A D DE OBSTETRICIA

Lima, 03 de abril del 2017 ✓

AGRADECIMIENTO

En primer lugar a Dios y a mis padres.

A mi asesora Zaida por el tiempo brindado, por sus conocimientos, su paciencia y su dedicación.

A mí querida alma máter UNMSM por brindarme durante estos años enseñanzas y experiencias, a los docentes y al Hospital Nacional San Bartolomé donde recogí conocimientos y experiencias para mi formación profesional y me permitieron el desarrollo de esta investigación.

DEDICATORIA

A Dios por ser mi fuerza y el motivo para salir adelante.

A mi bebé y a mis padres Isabel y Victor por su apoyo incondicional, por su compañía y ayuda durante todo este tiempo.

A mis hermanos por su confianza.

A todas las personas que hicieron posible este estudio.

INDICE

	Pág.
RESUMEN	5
ABSTRACT	6
1. INTRODUCCIÓN	7
2. MATERIAL Y METODOS	24
2.1 Tipo y diseño de investigación	24
2.2 Población de estudio	24
2.3 Muestra de estudio o tamaño muestral	24
2.4 Descripción de variables	26
2.5 Técnicas e instrumentos	26
2.6 Plan de procedimiento y análisis de datos	26
2.7 Consideraciones éticas	27
3. RESULTADOS	29
4. DISCUSIONES	37
5. CONCLUSIONES	40
6. RECOMENDACIONES	41
7. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	42
8. ANEXOS.....	48

RESUMEN

OBJETIVO:

Identificar la asociación entre los indicadores de privación socio - afectiva y la depresión posparto en las puérperas atendidas en el Hospital Nacional Docente "San Bartolomé" en los meses de octubre a diciembre del 2016.

METODOLOGÍA:

Se realizó un estudio observacional, analítico de casos y controles, prospectivo transversal, donde la muestra estuvo conformada por 342 puérperas entre 20 y 40 años de edad, que se dividieron en dos grupos: 114 pacientes que tuvieron depresión posparto (casos) y 228 pacientes sin depresión posparto (control). A ambos grupos se les aplicó la escala de Edimburgo y una ficha de recolección de datos. Para el análisis descriptivo se utilizaron frecuencias absolutas y relativas; para el análisis inferencial se utilizaron estadísticos de asociación (χ^2).

RESULTADOS:

Los indicadores de privación social como no terminar los estudios secundarios ($p=0.000$), dificultad para atenderse en el establecimiento de salud ($p=0.036$), ausencia de la familia en el posparto ($p=0.006$) y falta de apoyo económico de la pareja ($p=0.036$) se asociaron a la depresión pos parto en puérperas.

Los indicadores de privación afectiva como no vivir con los padres ($p=0.010$), no recibir apoyo emocional de sus padres ($p=0.000$), que actualmente familiares y amigos no le brinden apoyo emocional ($p=0.000$), y mantener una mala relación con su familia ($p=0.000$) se asociaron a la depresión pos parto en puérperas.

CONCLUSIÓN:

Los principales indicadores de privación social para la depresión posparto en puérperas de 20 a 40 años en el Hospital Nacional San Bartolomé son no terminar estudios secundarios, dificultad para atenderse en el establecimiento de salud, ausencia de familia en el posparto, falta de apoyo de la pareja; mientras los principales indicadores de privación afectiva son no vivir con los padres, no recibir apoyo emocional de sus padres, que actualmente familiares y amigos no le brinden apoyo emocional y mantener una mala relación con su familia.

PALABRAS CLAVES: depresión posparto, privación social, privación afectiva.

ABSTRACT

OBJECTIVE:

To identify the association between the indicators of socio - affective deprivation and postpartum depression in postpartum women treated at the National Teaching Hospital "San Bartolomé" from October to December 2016.

METHODOLOGY:

An observational, case-control, cross-sectional study was carried out, where the sample consisted of 342 postpartum women between 20 and 40 years of age, divided into two groups: 114 patients who had postpartum depression (cases) and 228 patients Without postpartum depression (control). The Edinburgh scale and a data collection form were applied to both groups. Absolute and relative frequencies were used for the descriptive analysis. For the inferential analysis, association statistics (χ^2) were used.

RESULTS:

Indicators of social deprivation such as not finishing high school ($p = 0.000$), difficulty attending the health establishment ($p = 0.036$), absence of the family in the postpartum period ($p = 0.006$) and lack of economic support of the couple ($p = 0.036$) were associated with postpartum depression in postpartum women.

The indicators of affective deprivation such as not living with parents ($p = 0.010$), not receiving emotional support from their parents ($p = 0.000$), that currently family and friends do not provide emotional support ($p = 0.000$) Relationship with their family ($p = 0.000$) were associated with postpartum depression in postpartum women.

CONCLUSIONS:

The main indicators of social deprivation for postpartum depression in postpartum women between the ages of 20 and 40 at the San Bartolomé National Hospital are not completing secondary education, difficulty attending health facilities, absenteeism in the postpartum family, lack of support from the couple; While the main indicators of emotional deprivation are not living with parents, not receiving emotional support from parents, currently family and friends do not provide emotional support and maintain a bad relationship with their family.

KEYWORDS: postpartum depression, social deprivation, affective deprivation.

1. INTRODUCCIÓN

La depresión posparto es un trastorno del estado de ánimo que puede afectar a las mujeres después de dar a luz. Las madres que padecen depresión posparto tienen sentimientos de extrema tristeza, ansiedad y cansancio que les dificultan realizar las actividades diarias del cuidado de sí mismas y de otras personas.¹

Por los cambios físicos y psicológicos que se dan durante la gestación pueden desencadenarse síntomas depresivos que pueden persistir luego de dar a luz, siendo así, el puerperio, el periodo de mayor riesgo de depresión en la vida de la mujer.²

Dicha depresión luego del parto puede presentarse bajo tres modalidades, en función a su grado de severidad. La condición más leve y la que afecta al mayor porcentaje de las mujeres se denomina "etapa melancólica" o "baby blues", que dura unos pocos días. La condición moderada se conoce con el nombre de Depresión Post Parto, que puede extenderse por aproximadamente dos años, y la reacción más severa se llama Psicosis Puerperal, caracterizada por una pérdida del contacto con la realidad por extensos períodos de tiempo.³

Si bien los trastornos afectivos constituyen el segundo desorden más común dentro de las enfermedades mentales en todo el mundo, la Organización Mundial de la Salud (OMS) estima que para la tercera década de este milenio será la segunda causa general de discapacidad, señalando además que entre el 20% y 40% de las mujeres en países en desarrollo sufren de depresión durante el embarazo o posparto⁴. El puerperio constituye entonces, una época en la cual estos trastornos son comunes, pero algunos, como la depresión posparto son poco reconocidos.⁵

Algunos estudios 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%, en España es de

25.8% en Estados Unidos es de 8 a 26%, en Chile es de 32.5%, y en Brasil es de 12%.⁶

En el Perú, aproximadamente el 17% de mujeres padece de depresión posparto, no obstante, esta cifra no es del todo confiable, pues no existen muchos estudios que avalen este porcentaje; en ocasiones estos casos 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.⁷

Esta situación tiene un impacto negativo sobre la salud de la madre y el hijo, provocando una mayor carga social, clínica y económica, que de no ser diagnosticado a tiempo, impide diseñar e implementar intervenciones adecuadas para la prevención y el tratamiento oportunos de las complicaciones asociadas a dicho trastorno mental.

Estudios revelan la situación mencionada con anterioridad por ejemplo; Santacruz M y Serrano F en Ecuador (2015), efectuaron una investigación titulada “Depresión posparto. Prevalencia y factores de riesgo en madres atendidas en el Hospital José Carrasco Arteaga, Cuenca 2014”, que tuvo como objetivo determinar la prevalencia y los factores de riesgo de depresión posparto en las madres atendidas en el Hospital José Carrasco Arteaga, en la ciudad de Cuenca en el año 2014. Fue un estudio cuantitativo de prevalencia, analítico y transversal, cuya muestra estuvo constituida por 248 madres. La técnica fue la entrevista estructurada y el instrumento estuvo conformado por un formulario de datos sociodemográficos, la escala de depresión posparto de Edimburgo y preguntas de factores de riesgo para DPP. Los resultados muestran que la prevalencia de depresión posparto fue de un 34,3% y los factores de riesgo fueron: no encontrarse en edad reproductiva ideal (RP: 2,53 Valor de p: 0,022), falta de apoyo familiar durante el embarazo (RP: 7,25 Valor de p: 0,0008) y violencia intrafamiliar (RP: 3,75 Valor de p: 0,0003)⁸.

Morales MC, Garay I, González D, Meza M, Ixtla M, Martínez ML en México (2014), hicieron un estudio titulado “Evaluación del riesgo de depresión posparto

en un hospital gineco-obstétrico”, encontrando la media general obtenido en el instrumento EPDS fue 4.87 ± 4.80 puntos, rango entre 0-23 puntos. La detección de riesgo de DPP fue del 15.26% (n = 20); clasificadas por DPP riesgo de DPP: 60% (n = 12), e indicador probable de DPP: 40% (n = 8). El análisis por categorías EPDS en pacientes de riesgo fue: disforia: 1.26 ± 1.08 puntos, rango de 0-3 puntos; ansiedad: 1.65 ± 1.05 puntos, rango de 0-4 puntos; sentimiento de culpa: 1.60 ± 1.04 puntos, rango de 0-3 puntos, dificultad de concentración: 1.80 ± 0.05 puntos, rango de 0-3 puntos; ideación suicida: 0.50 ± 0.52 puntos, rango de 0-2 puntos.⁹

Bustos S, Jiménez N en Chile (2013) llevaron a cabo una investigación titulada “Factores de riesgo asociados a la depresión post parto, en mujeres que asisten a centros de atención primaria en la ciudad de Arica – Chile” los resultados indicaron que las variables asociadas de manera estadísticamente significativa con la Depresión Pos - Parto guardan relación con factores anamnésicos, específicamente con el deseo del embarazo, diagnóstico previo de depresión, intento de aborto del hijo recién nacido y método utilizado para la nutrición. A diferencia de otras investigaciones no resultaron significativos los antecedentes Sociodemográficos y la Satisfacción con la Pareja. 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 Parto⁶.

Chinchilla N, Peñaranda Y, Morales P y Jaimes M en Colombia (2013) publicó un trabajo titulado “Factores de riesgo relacionados con depresión posparto”, que tuvo como objetivo determinar los factores de riesgo relacionados con la depresión posparto en gestantes que asistieron al Hospital San Juan de Dios de Pamplona, durante el primer periodo académico del 2012. Se trató de un estudio descriptivo con análisis de cohortes; la muestra estuvo conformada por 32 gestantes y los instrumentos fueron: el cuestionario de Apgar familiar, escala de autoestima de Rosenberg, cuestionario de apoyo percibido de Duke, escala de ansiedad y depresión de Goldberg, y en la etapa posparto se aplicó el cuestionario de depresión posparto de Edimburgo. En los resultados se observa

que el 81.25% tiene una alta probabilidad de depresión posparto tras la aplicación de la Escala de Edimburgo. Los factores de riesgo no fueron significativos para que las gestantes sufrieran depresión posparto¹⁰.

Dois A, Uribe C, Villaroel L, Contreras A en Chile (2012) realizaron un estudio titulado “Factores de riesgo asociados a síntomas depresivos post parto en mujeres de bajo riesgo obstétrico atendidas en el sistema público”, como resultado hubo una prevalencia del 37% de los síntomas depresivos. El análisis univariado mostró que la percepción del funcionamiento de la familia, el hacinamiento y el número de hermanos, se asociaron significativamente con síntomas depresivos posparto. Con un modelo de regresión múltiple se consideró que solo la familia funciona como un predictor de la depresión.¹¹

Vásquez R, Sangama R. en Perú (2012), realizaron una investigación titulada “Relación entre características sociodemográficas y riesgo de depresión posparto en puérperas que consultan en la Clínica Corpomedic Tarapoto los hallazgos encontrados fueron: El mayor riesgo de depresión posparto en las puérperas con 66.7%; se encontró una asociación significativa entre Riesgo de Depresión Posparto y el Tipo de Embarazo y asociación significativa entre Riesgo de Depresión Posparto y el Tipo de Parto, en puérperas de la clínica Corpomedic Tarapoto.¹²

Mercado Y, Paccori L en Perú (2012) realizaron el estudio titulado “Factores asociados a la depresión en gestantes del Instituto Nacional Materno Perinatal” como resultados encontraron que los factores de riesgo con asociación significativa fueron: la violencia psicológica en la niñez (OR=1.9 IC 95% 1.1-3.4), violencia psicológica en la adolescencia (OR=2.2 IC 95% 1.2-3.8), antecedente de episodio depresivo (OR=3.7 IC 95% 2.0-7.0), relación regular con la familia (OR=2.8 IC 95% 1.4-5.5), relación regular con la pareja (OR=2.3 IC 95% 1.2-4.3) y violencia psicológica por la pareja (OR=2.6 IC 95% 1.4-4.8). También se halló factores protectores con asociación significativa, los cuales fueron: buena relación con la familia (OR=0.3 IC 95% 0.1-0.6), apoyo emocional de la familia (OR=0.3 IC 95% 0.1-0.4), buena relación con la pareja (OR=0.3 IC 95% 0.2-0.6),

apoyo emocional de la pareja (OR=0.4 IC 95% 0.1-0.9) y embarazo deseado por la pareja (OR=0.3 IC 95% 0.1-0.7). Además, el modelo multivariado encontró que presentar el antecedente de episodio depresivo (OR ajustado=3.4 IC 95% 1.7-6.7), violencia psicológica por la pareja (OR ajustado=2.03 IC 95% 1.01-3.9) y ausencia de embarazo deseado por la pareja (OR ajustado=3.6 IC 95% 1.2-10.57), predicen el 67.3% del problema.⁵

Urdaneta J, Rivera A, García J, Guerra M, Baabel N y Contreras A en Venezuela realizaron un trabajo titulado "Factores de riesgo de depresión posparto en puérperas venezolanas valoradas por medio de la escala de Edimburgo", con el propósito de determinar los factores de riesgos para DPP en puérperas atendidas en la Maternidad "Dr. Armando Castillo Plaza" del Hospital Universitario de Maracaibo (Venezuela). Fue un estudio descriptiva con diseño no experimental, que tuvo como muestra a 100 puérperas. La técnica empleada fue la entrevista estructurada y el instrumento un cuestionario autoadministrado (Escala de Edimburgo). En los resultados se evidencia que hubo una prevalencia del test de Edimburgo positivo en el 91% de las puérperas y una prevalencia de DPP confirmada mediante el DSM-IV en el 22%. De las características evaluadas solo los trastornos médicos durante el embarazo ($p=0.000$), el no contar con el apoyo de su pareja ($p=0.000$), el presentar antecedentes de depresión ($p=0.000$) o el tener un nivel educativo primario o inferior ($p=0.000$) mostraron una asociación significativa con el desarrollo de DPP. El no contar con el apoyo familiar presentó una asociación significativa con el riesgo de DPP; mientras que haber alcanzado un nivel educativo superior a la primaria mostró ser un efecto protector.¹³

En cuanto a la privación social y a la privación afectiva, en las últimas décadas, en un número creciente de trabajos, se ha analizado el impacto sobre la salud de las características del área de residencia, entre las cuales se incluyen el ambiente político, cultural, social y económico que caracteriza a una sociedad.

Este efecto contextual puede ser independiente del efecto de factores individuales.

Con frecuencia, se ha utilizado el concepto de privación de un área para caracterizar y estudiar el impacto de los aspectos contextuales socioeconómicos propios de la localización geográfica en la salud. El término “privación” nació en Gran Bretaña a finales de los años ochenta como resultado de una larga tradición en el análisis de las desigualdades sociales en salud. Townsend señaló que la privación se refiere a un estado de desventaja observable y demostrable en relación con la comunidad, la sociedad o la nación a la cual pertenece un individuo, una familia o un grupo.¹⁴ El estudio de las relaciones entre privación y estado de salud busca determinar la manera en que el entorno social, educativo o económico, inciden en los habitantes de forma individual o colectiva, en una zona geográfica determinada. Tal es el caso de Humphreys y Carr-Hill que en el año 1991 determinaron un efecto negativo significativo del desempleo, alquiler de la vivienda, no tener coche y pertenecer a una clase social baja en la salud auto-percibida.

Tradicionalmente, la estimación de la privación se ha realizado mediante indicadores simples como nivel de ingresos, educación, clase social, tasa de desempleo, etc. Sin embargo, la principal limitación de estos indicadores es la dificultad de capturar el complejo significado del concepto de privación.¹⁵ Desde el punto de vista conceptual, Townsend diferenció 2 formas de privación: la material y la social. La privación material se trata de la falta de bienes, servicios, recursos y comodidades que son habituales o están ampliamente extendidos en una sociedad determinada; mientras que la privación social considera a las personas socialmente aisladas, retiradas o excluidas por pertenecer a una determinada clase, raza, edad, sexo u otros rasgos de la estructura social.¹⁴

Asimismo, la privación social se entiende como la ruptura de los lazos sociales o familiares que son fuentes de capital social y de mecanismos de solidaridad comunitaria, marginación de la comunidad, alteración de los comportamientos sociales e incapacidad de participar en las actividades sociales (por ejemplo, las

personas con escasos ingresos se ven obligadas a disminuir sus relaciones sociales), deterioro de la salud, entre otros.¹⁶

Esta se puede medir mediante el Índice de Privación Social, el cual es un índice construido para cada persona a partir de la suma de los seis indicadores asociados a las carencias sociales, es decir, se trata del número de carencias que tiene una persona como: rezago educativo, acceso a los servicios de salud, acceso a la seguridad social, calidad y espacios de la vivienda, acceso a los servicios básicos de la vivienda y acceso a la alimentación.¹⁷

En otro escenario, abordando a la parte emocional, el afecto es la necesidad que tenemos todos los seres humanos de recibir cariño, ayuda y cooperación por parte de los otros para sobrevivir. Se encuentran garantizado por una buena comunicación y conexión con los demás. Sin embargo, puede verse afectada, cuando una persona está limitada de esta necesidad.

La privación afectiva se define como la ausencia continuada de afecto o cariño a la que es sometida una persona por su entorno, familiares o amigos. La carencia afectiva es un mal que afecta a todas las edades, culturas y clases sociales¹⁸.

En la actualidad cuanto más crece la población hay más personas solitarias. Las personas tienen necesidad de cariño, de sentirse queridas, pero a la vez muchas no se atreven a ser fuentes de afecto, por lo que se puede decir que en nuestra sociedad hay mucha gente infeliz. El grado de amor y de atención en las personas que están en la sociedad delimita el nivel de afecto recibido o la intensidad con que están privados de afectividad. Esta puede ser real o percibida; la primera es un trastorno normalmente provocado por las circunstancias o el ambiente, se da cuando la persona se encuentra sola física y psicológicamente, no hay un entorno que le dé afecto y no tiene motores de afectividad en su vida, por ejemplo, una persona sin familia, amigos o allegados; mientras que la segunda es aquella situación en la que, a pesar que la persona se encuentra rodeada de personas que le dan afecto, es incapaz de percibirlo.¹⁸

Asimismo, se ha observado otros tipos de privación afectiva:

Privación afectiva parcial: necesidad excesiva de ser amado, intensa culpabilidad y depresión.¹⁹

Privación afectiva completa: apatía, indiferencia, superficialidad, falta de sentimientos profundos y tendencia a la falsedad.¹⁹

La evolución de las personas que manifiestan este síndrome depende en gran medida de la situación social en la que se desarrollen. Por ejemplo, en la juventud, la pérdida de la capacidad de amar y una importante disminución del amor propio les lleva a estas personas a llenar su vida con acciones hiperactivas o que causan dependencia. Muchas veces el someterse a riesgos los conforta y los llena de tranquilidad. Utilizan a las personas como instrumentos para sentirse seguros.

Por su parte, en la edad adulta, el prepararse para la madurez, el estrés y la fatiga, la dificultad adaptativa, la inestabilidad en las relaciones personales, los conflictos conyugales y la pobreza de la competencia parental (sentirse malos padres) son los aspectos más significativos. El porcentaje de divorcios alcanza el 80%, intentando buscar en todo momento la pareja que le asegure esa estabilidad emocional y que no consiguen encontrar.²⁰

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, incluyendo síntomas como la angustia y la dificultad de vincularse con su hijo, hasta situaciones graves como tendencias suicidas. En algunos casos, los trastornos del estado de ánimo en el posparto, debido a la falta de información, no son considerados como una enfermedad, sin embargo, suelen atribuirse a una dificultad en la capacidad de la madre o a la falta de fortaleza y de determinación para superar un periodo difícil de la maternidad.²¹

Existen diferentes trastornos psiquiátricos que pueden aparecer en la etapa posparto como la tristeza posparto, la depresión posparto y la psicosis pos parto.

La tristeza posparto, disforia posparto o Maternity Blues es un síndrome leve y frecuente durante el posparto que se inicia en los primeros 2-4 días posteriores al parto y que no dura más de 2 semanas, el cual está caracterizado por irritabilidad, llanto fácil, rasgos hipocondriacos, insomnio, fatiga, pérdida del apetito, falta de concentración y dolor de cabeza. Representa una reacción pasajera esperada después del parto ^{21, 22}.

La depresión puerperal o posparto es un trastorno depresivo que aparece en las primeras 4 semanas después del parto, cuyo inicio es característicamente insidioso, asociado a ansiedad excesiva y síntomas neurovegetativos. La psicosis posparto es la forma más severa de los trastornos psiquiátricos puerperales, que se inicia 48 a 72 horas luego del parto y rara vez inicia más allá de las 4 semanas, cuyos signos comúnmente son ansiedad, irritabilidad e insomnio, los cuales avanzan rápidamente a desorientación, despersonalización, y conducta desorganizada.^{21, 22}

Se ha descubierto que la depresión es un trastorno biológico del cerebro. Numerosos estudios señalan que las personas deprimidas podrían tener algún problema con sustancias químicas que están en el cerebro o también llamadas neurotransmisores: la norepinefrina, la serotonina y la dopamina; las cuales contribuyen a que las células cerebrales o las neuronas se comuniquen entre sí. Los científicos consideran la posibilidad de que estas sustancias se relacionen con la depresión y que, si hay poca cantidad en el cerebro, se puede llegar a una depresión clínica.²³

La serotonina ejerce importante acción en la conducta, el movimiento, la apreciación del dolor, la actividad sexual, el apetito, las secreciones endocrinas, las funciones cardíacas y el ciclo de sueño-vigilancia. La mayoría de la serotonina cerebral se genera en los núcleos del rafe, principalmente en el noveno, que se localiza encordado entre la línea media del puente y el bulbo raquídeo, estructuras que forman parte del tallo cerebral. Este aminoácido es producido a partir del aminoácido triptófano, el cual es transportado a través de la barrera hemato-encefálica hasta las neuronas por el gran transportador neutral de aminoácidos (LNAA). El LNAA también mueve otros aminoácidos: tirosina,

valina, leucina e isolucina a través de la barrera hematoencefálica. El triptófano debe competir con otros aminoácidos para el transporte en el cerebro; ya dentro de la neurona se lleva a cabo la síntesis de la serotonina.

El locus coeruleus es el núcleo del encéfalo, en el tallo cerebral, que genera la noradrenalina; las neuronas del LC envían sus axones principalmente a las estructuras límbicas, que incluyen la amígdala, la formación hipocámpica y la corteza prefrontal. La actividad de las neuronas del LC aumenta significativamente en la vigilia y en episodios de estrés, en los cuales su actividad neuronal alcanza niveles de intensidad máxima y, de ese modo, contribuye a alertar el organismo lo necesario para sobrevivir. La carencia de este neurotransmisor o su desequilibrio con la serotonina puede ser la causa de psicosis depresiva unipolar o bipolar; los medicamentos antidepresivos específicos están dirigidos a mejorar actividad de la noradrenalina en la sinapsis.

La dopamina es un neurotransmisor inhibitorio, que en las vías mesocortical y mesolímbica, participa en el mantenimiento del estado de alerta. Se deriva del aminoácido tirosina y la síntesis es por la misma vía que para la noradrenalina.

La serotonina y la noradrenalina tienen fuerte influencia en patrones de conducta y función mental, mientras que la dopamina está involucrada en la función motriz. Estas tres sustancias son importantes para el funcionamiento del cerebro.²⁴

Teniendo en cuenta lo descrito, para efectos del presente estudio se tomará en cuenta a la depresión posparto.

La depresión posparto es un tipo de depresión que afecta a algunas mujeres poco después del parto. Es común que las mujeres experimenten trastornos temporales del humor o melancolía después de dar a luz. Sin embargo, si el trastorno dura más que unos cuantos días, se denomina depresión posparto. Por tanto, se considera depresión posparto a cualquier enfermedad depresiva no psicótica que ocurre en la madre durante el primer año después del nacimiento. Representa un trastorno mental de alta prevalencia que provoca alteraciones emocionales, cognitivas, comportamentales y físicas que se inician de manera insidiosa, durando incluso semanas después del parto.²²

La depresión posparto se reconoce en el Manual de Desorden Mental (DSM-IV) como un trastorno depresivo mayor de inicio en el posparto, entendiéndose por posparto las 4 semanas siguientes al mismo.²⁵

Entre los principales síntomas de este trastorno destacan: sentimiento de tristeza, desesperanzada y vacío, llorar más frecuentemente de lo normal o sin motivo aparente, preocuparse o sentirse excesivamente ansiosa, sentirse malhumorada, irritable o inquieta, dormir en exceso o no poder dormir, incluso cuando el bebé duerme, tener problemas para concentrarse, recordar detalles y tomar decisiones, sentir enojo o furia, perder el interés en las actividades que le resultaban agradables, padecer dolores y molestias físicas (como dolores de cabeza frecuentes, problemas estomacales y dolor muscular), comer demasiado o muy poco, aislarse de amigos y familiares, tener problemas para crear un vínculo emocional con su bebé, dudar constantemente de su capacidad de cuidar al bebé, ideas de minusvalía y culpa e, inclusive pensar en hacerse daño a sí misma o a su bebé.^{1, 26}

Dentro de los factores de riesgo de mayor asociación con la depresión posparto 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. Asimismo, el estado civil, los antecedentes familiares de problemas mentales, la vulnerabilidad genética de la madre, la tristeza posparto severa, las características de personalidad y los estilos cognitivos tendientes a la negatividad, la experiencia del parto, las complicaciones obstétricas y la depresión en las parejas presenta una asociación con este trastorno, pero más débil.

De asociación más débil con la depresión posparto se encuentran: la experiencia del parto y las complicaciones obstétricas, el estado civil, los antecedentes familiares de problemas mentales, la tristeza posparto severa, las características de personalidad y los estilos cognitivos tendientes a la negatividad, la vulnerabilidad genética de la madre, la depresión en las parejas y las características de salud y el temperamento del recién nacido.

Por último, se evidencia una discreta asociación entre la depresión posparto y las disfunciones tiroideas, los cambios hormonales, el alta hospitalaria precoz, el parto prematuro, la alimentación artificial del bebé, la relación de pareja pobre, los procesos de duelo en curso, la edad, la etnia, la religión y la paridad de la madre, el residir en lugares apartados o rurales, las dificultades para adaptarse a la maternidad, los antecedentes de abuso sexual en la infancia, el consumo de tabaco y la enfermedad médica de la madre.^{27, 28, 29}

Después de dar a luz, los niveles de hormonas (estrógeno y progesterona) en las mujeres bajan rápidamente, lo cual ocasiona alteraciones químicas en el cerebro que pueden provocar cambios en el estado de ánimo. Además, muchas mujeres no pueden descansar como deberían para poder recuperarse totalmente del parto. La falta constante de sueño puede generar incomodidad física y agotamiento, siendo factores que pueden contribuir a los síntomas de la depresión posparto.¹

Una de las principales herramientas para poder detectar la depresión posparto es mediante la Escala de Depresión de Edimburgo, la cual se utiliza para reconocer síntomas anímicos en mujeres puérperas; 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. Es un instrumento de autorreporte, de 10 preguntas con cuatro opciones de respuesta cada una y puntajes que varían de 0 a 3 puntos, según la severidad sintomática. De sus ítems, 5 se relacionan con disforia, 2 con ansiedad, 1 con sentimientos de culpa, 1 con ideas suicidas y 1 con dificultades de concentración.²⁸

A través de algunos trabajos se ha evidenciado que determinados indicadores de privación social y afectiva (entendida por la falta de culminación de la educación, de las atenciones prenatales y de apoyo emocional) 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 realidad también se presenta en la etapa del embarazo o

puerperio, donde hay una mayor vulnerabilidad. Por ejemplo, en el estudio de Escobar y cols. (2009), el 17% presentó depresión posparto y se encontraron diferencias estadísticas al compararla con autoestima, depresión previa al embarazo, ansiedad durante la gestación, satisfacción marital y eventos estresantes durante la gestación, lo que demuestra que estos indicadores representan factores de riesgo para la depresión posparto.⁷

Así también, en la investigación de Atencia (2015), se encontró que dentro de las privaciones sociales como el hecho de que la pareja no cuente con trabajo y el no tener apoyo económico de la pareja fueron factores de riesgo para depresión posparto; y dentro de las privaciones afectivas se identificaron a los insultos de familiares o pareja, el no contar con el apoyo emocional de la pareja y tener una mala relación con la pareja como factores de riesgo de depresión posparto.³⁰

Por otro lado, Molero (2014) halló que en las puérperas adultas predominó como factores de riesgo significativos para la depresión posparto: el bajo nivel educativo ($p < 0,05$) y la presencia de trastornos afectivos desde el embarazo ($p < 0,001$).³¹

También se ha demostrado que la privación social y afectiva en la madre se asocia a restricción del crecimiento fetal, muerte fetal, parto pretérmino, alteraciones anatómicas y funcionales en el feto y en el recién nacido, así como teratogénesis en el hijo. El abandono social y afectivo intenso en la madre repercute en su eje hipotálamo-hipófisis-suprarrenal, desencadenando mayor concentración de cortisol y hormonas simpaticomiméticas. El exceso de cortisol materno supera la capacidad de la enzima placentaria humana 11-beta hidroxisteroide deshidrogenasa tipo 2, la cual transforma el exceso de cortisol y corticosterona materno en sus metabolitos inactivos cortisona y 11-dehidrocorticosterona. La sobreexposición fetal a glicocorticoides endógenos maternos la expone a detención en el crecimiento fetal, alteraciones en el área neuroendocrina y en la esfera afectiva, el sistema cardiovascular y el sistema inmunológico del feto humano. Si el feto nace vivo, el ser humano presentará defectos en la función de estos sistemas en la vida posnatal. Las hormonas

vasoactivas epinefrina y norepinefrina también suprimen la producción de 11-BHSD tipo 2 en las células trofoblástica humanas, agravando el efecto de los corticoides en el feto.³²

Esto devela que no sólo determinadas privaciones sociales o afectivas repercutirán en la depresión posparto, sino también en el neonato.

Esta realidad no es ajena al Hospital Materno Infantil San Bartolomé, donde se atiende a 6,499 puérperas, presentándose en la mayoría de ellas sintomatología que podrían indicar una posible depresión posparto, pero que muchas veces se pasa por alto, al solo concentrarnos en la atención física de la puérpera y del recién nacido; asimismo no se ha realizado algún estudio que muestre datos recientes de los casos de depresión posparto, puesto que no existen registros en el Hospital que sustenten lo observado en la práctica clínica. El no darle la debida importancia a este trastorno y el no diagnosticarlo a tiempo podrían favorecer al aumento de los síntomas y que la depresión posparto se convierta en un trastorno patológico mayor pudiendo llegar a la psicosis puerperal, lo cual es perjudicial no solo para la madre que lo padece sino también para el recién nacido, la pareja y la familia.

Con el presente trabajo de investigación se va evidenciar si la privación social y afectiva (menor nivel de educación, falta de comunicación y apoyo de los padres en la etapa del embarazo pareja, embarazo no deseado) son factores que pueden desencadenar un posible caso de depresión posparto en las puérperas atendidas en el Hospital San Bartolomé; estudio que a su vez permitirá identificar a aquellas madres que necesiten de una evaluación diagnóstica más minuciosa que beneficiará a las pacientes al brindarles una atención más oportuna y satisfactoria, así como a la institución de salud que tendrá un mejor conocimiento de los casos de DPP para abordar de mejor manera éste problema. Asimismo, este trabajo servirá de base para otras investigaciones que deseen realizar estudios más profundos sobre el tema y cuyos conocimientos científicos obtenidos serán muy útiles para los profesionales de la salud, quiénes se relacionan con las puérperas.

Por lo referido nos formulamos la siguiente pregunta: ¿Cuál es la asociación entre la privación socio - afectiva y la depresión posparto en las puérperas atendidas en el Hospital Nacional Docente “San Bartolomé” en los meses de octubre a diciembre del 2016?

Definición de términos:

- **Privación:** carencia o falta de algo en alguien capaz de tenerlo.³³
- **Privación social:** se refiere a la ruptura de los lazos sociales y familiares que son fuentes de capital social y de mecanismos de solidaridad comunitaria.
- **Privación afectiva:** ausencia de afecto o cariño a la que es sometida una persona por su entorno, familiares o amigos.
- **Depresión:** trastorno del humor y del estado de ánimo que se manifiesta a partir de una serie de síntomas que incluyen cambios bruscos del humor, irritabilidad, falta de entusiasmo y una sensación de congoja o angustia.³⁴
- **Depresión posparto:** es un trastorno depresivo mayor durante las primeras cuatro a seis semanas posparto, caracterizada por la presencia de tristeza, pérdida de la capacidad para experimentar placer, cambios en el sueño y en el apetito, cansancio físico, falta de concentración, e ideas de minusvalía, desesperanza y culpa.
- **Factores asociados:** características o peculiaridades sociales y afectivas que se presentan con mayor frecuencia o de manera muy marcada en los diagnósticos de depresión posparto³⁵.
- **Puerperio:** etapa biológica que se inicia al término de la expulsión de la placenta y se considera que dura seis semanas o 42 días.³⁶

Objetivos:**Objetivo general:**

Identificar la asociación entre los indicadores de privación socio - afectiva y la depresión posparto en las puérperas atendidas en el Hospital Nacional Docente "San Bartolomé" en los meses de octubre a diciembre del 2016.

Objetivos específicos:

- Determinar la asociación entre los indicadores de privación social y la depresión pos parto en puérperas.
- Determinar la asociación entre los indicadores de privación afectiva y la depresión pos parto en puérperas.

2. MATERIAL Y METODOS

2.1. TIPO Y DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN

Tipo: Observacional, analítico, transversal y prospectivo.

Diseño: Casos y controles.

Nivel: Relacional.

2.2. POBLACIÓN DE ESTUDIO

6,499 puérperas atendidas en el Hospital Nacional Docente "San Bartolomé" durante el año 2016.

2.3. MUESTRA DE ESTUDIO O TAMAÑO MUESTRAL

Tamaño Muestral: Por ser un estudio comparativo se tuvo que tener dos muestras de estudio, para lo cual se utilizó la siguiente formula (Formula de comparación de proporciones), utilizado para estudios de casos y controles:

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

Donde:

- $Z_{\alpha} = Z_{1-\alpha/2}$ es el valor z correspondiente al riesgo α al 95% = 1.96
- Z_{β} : es el valor z correspondiente al riesgo β : 80% = 0.84
- p_1 : proporción de casos de depresión pos parto que estuvieron expuestos al factor (Según el dato del estudio de Blasco y col.³⁷ se presentó un 30% de puérperas con depresión que presentaron factores afectivos negativos como una mala relación de pareja).
- p_2 : proporción de grupo comparativo que estuvieron expuestas a algún factor = 0.478 (prevalencia máxima).
- p : media de las dos proporciones p_1 y p_2 .

$$p = \frac{p_1 + p_2}{2} = \frac{0.30 + 0.48}{2} = \frac{0.78}{2} = 0.39$$

Remplazando en la fórmula de comparación de proporciones: se obtuvo que el grupo caso estuvo conformado por 114 unidades de análisis y el grupo control estuvo conformado por 228.

Tipo de Muestreo:

Se utilizó dos tipos de muestreo para cada uno de los grupos de estudio.

Grupo de Casos: muestreo probabilístico aleatorio simple. Identificadas las historias clínicas de los casos de depresión pos parto se ingresaron a una base de datos en el programa Excel donde se seleccionaron al azar a las participantes. Luego de esto se verificó que cada una de las historias seleccionadas cumpliera con los criterios de selección planteados.

Grupo control: muestreo no probabilístico por conveniencia pareado de 1 a 2. Es decir, se tuvo que tener un caso de puérpera con depresión pos parto y dos de puérperas sin depresión.

Criterios de selección:

Criterios de Inclusión

- Puérpera con diagnóstico de depresión pos parto (**grupo caso**)
- Puérpera sin diagnóstico de depresión pos parto (**grupo control**)
- Puérpera de parto vaginal.
- Puérpera que acuda a la primera o segunda consulta en el puerperio.
- Puérpera que firme el consentimiento informado.

Criterios de exclusión

- Puérpera menor de 20 años.
- Puérpera mayor de 40 años.
- Puérpera de parto por cesárea.
- Puérpera que no pueda expresarse.
- Puérpera que se encuentre en la unidad de cuidados intensivos.
- Puérpera con trastornos mentales (esquizofrenia, trastorno bipolar.)

2.4. DESCRIPCIÓN DE VARIABLES

Variable independiente:

- Indicadores de privación social
- Indicadores de privación afectiva.

Variable dependiente:

- Depresión pos parto.

2.5. TÉCNICAS E INSTRUMENTOS:

Técnica: encuesta, mediante esta técnica se abordó a las puérperas para poder diagnosticar si tienen o no, depresión posparto y luego de ellos conocer los factores de privación social y afectiva que puedan presentar las pacientes. Esta encuesta tuvo una duración de 20 minutos aproximadamente.

Instrumento: Ficha de recolección de datos y test de Edimburgo.

- Ficha de recolección de datos: estuvo estructurada en 4 partes, las dos primeras para recabar información sobre los datos personales de las puérperas, la tercera y la cuarta parte para identificar la presencia de algún indicador de privación social o afectiva. Puesto que es una ficha de recopilación, cuyos ítems han sido basados, de acuerdo a los indicadores tomados en los antecedentes, fue validado por el juicio de 5 expertos en el tema. Para llevar a cabo el juicio de expertos se proporcionó a cada juez la ficha de recolección de datos y el formato de validación que incluye 8 criterios de evaluación, a esto se adjuntó una carta de presentación, la matriz de consistencia y de operacionalización de las variables.
- Test de Edimburgo: escala para diagnosticar la presencia de depresión pos parto en las puérperas atendidas en el Hospital Nacional Docente “San Bartolomé”. Esta prueba ha sido validada por Mazzotti (Perú, 2002). El test contiene 10 preguntas con cuatro alternativas de respuesta, con puntajes de 0 a 3 puntos, de acuerdo a la severidad de los síntomas, el puntaje de la prueba varía de 0 a 30 puntos; 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 el puntaje alcanzado las puérperas se clasificaron en dos grupos:

- Menor de 13 puntos: sin riesgo de depresión posparto
- Mayor o igual a 13 puntos: indicador de depresión.

2.6. PLAN DE PROCEDIMIENTO Y ANÁLISIS DE DATOS

Para poder iniciar con la encuesta a las puérperas se solicitó el permiso a la jefatura de gineco obstetricia del Hospital Nacional Docente San Bartolomé.

Con el permiso correspondiente, se coordinó con los gineco obstetras de turno del consultorio de puerperio para encuestar a todas aquellas puérperas que acudieron a su primer o segundo control.

Se abordó a cada participante seleccionada, fuera del consultorio de puerperio, saludándola cordialmente. Se le explicó el motivo de la encuesta y se le entregó el consentimiento informado, dando lectura al contenido de este documento, pues en el consta el objetivo del estudio, la importancia de los datos que proporcione y las características que implica su participación. Si la puérpera aceptó participar, firmó y colocó sus datos en el documento. Si alguna se resistió a dejar sus datos, se les pidió que solo firme o deje su huella digital.

Luego de que la puérpera haya firmado su participación voluntaria, se aplicó el test de Edimburgo y la ficha de recolección, la primera para diagnosticar la presencia de depresión posparto y la segunda para identificar las características socio-afectivas de las puérperas.

Por día se recolectó un promedio de 10 encuestas, las cuales cumplieron los criterios de selección (inclusión y exclusión) y de pareamiento.

Luego de recolectada la información, se inició con el análisis de los datos.

El análisis estadístico se realizó mediante el programa SPSS v.21, con la finalidad de identificar los indicadores de privación socio afectiva. Se realizaron tablas simples y de contingencia.

Los estadísticos usados para el análisis descriptivo fueron frecuencias absolutas y relativas.

Para el análisis inferencial se utilizó el estadístico de asociación de la chi cuadrada (χ^2), para variables nominales.

2.7. CONSIDERACIONES ÉTICAS

Para la elaboración del presente estudio se han tomado en cuenta las consideraciones éticas propuestas, entre las cuales se indica:

- La aprobación por el Comité de Investigación y Ética del Hospital Nacional San Bartolomé.
- La solicitud de permiso respectivo al Director del Hospital Nacional San Bartolomé al inicio de la recolección de los datos de las puérperas en el servicio de hospitalización.
- En todo momento de la investigación se consideró los principios éticos fundamentales:
 - Con la aplicación del consentimiento informado se garantizó la autonomía de las colaboradoras, respetando su deseo de participar o no en el estudio.
 - Se protegió la confidencialidad de las puérperas que han de brindar su cooperación; también se preservó la veracidad y la integridad de sus respuestas.
 - Se cumplió con los principios de beneficencia y no maleficencia en las puérperas y en lo que respecta al proceso científico.

3. RESULTADOS

Tabla 1. Características Generales de las puérperas atendidas en el Hospital Nacional Docente "San Bartolomé" en los meses de octubre a diciembre del 2016.

Características Generales		N	%
Edad	20 a 34 años	303	88.6%
	35 a más	39	11.4%
Estado civil	Soltera	62	18.1%
	Conviviente	239	69.9%
	Casada	34	9.9%
	Separada	7	2.0%
Nivel educativo	Sin instrucción	0	0.0%
	Primaria incompleta	5	1.5%
	Primaria completa	26	7.6%
	Secundaria incompleta	42	12.3%
	Secundaria completa	142	41.5%
Ocupación	Superior	127	37.1%
	Ama de casa	236	69.0%
	Trabaja	68	19.9%
	Estudiante	38	11.1%
Total		342	100.0%

Fuente: Elaboración propia

La tabla 1, muestra las características generales de las puérperas atendidas en el Hospital Nacional Docente "San Bartolomé", donde el 88.6% tiene entre 20 a 34 años, el 69.9% es conviviente, un 41.5% con nivel de educativo secundaria completa y el 69% tiene como ocupación ama de casa.

Tabla 2. Características Obstétricas de las puérperas atendidas en el Hospital Nacional Docente "San Bartolomé" en los meses de octubre a diciembre del 2016.

Características Obstétricas		N	%
Partos	Uno	152	44.4%
	Dos	110	32.2%
	De tres a más	80	23.4%
Hijos vivos	Uno	156	45.6%
	Dos	112	32.7%
	De tres a más	74	21.6%
Atenciones prenatales	< 6 atenciones	97	28.4%
	> = 6 atenciones	245	71.6%
Embarazo planificado	Si	163	47.7%
	No	179	52.3%
Embarazo deseado	Si	305	89.2%
	No	37	10.8%
Total		342	100.0%

Fuente: Elaboración propia

En la tabla 2, se observan los antecedentes obstétricas de las puérperas donde un 44.4% tuvo sólo un parto, un 45.6% mencionó tener un solo hijo vivo y un 7.6% de las mujeres tuvo parto por cesárea. En el último embarazo el 71.6% cumplieron con un mínimo de 6 atenciones prenatales. Por otro lado, el 47.7% mencionó que su embarazo no fue planificado, mientras que el 10.2% tuvo un embarazo no deseado.

Tabla 3. Depresión Postnatal Edimburgo (EPDS) en puérperas atendidas en el Hospital Nacional Docente "San Bartolomé" en los meses de octubre a diciembre del 2016.

Depresión Postnatal Edimburgo (EPDS)		N	%
He sido capaz de reír y ver el lado bueno de las cosas	Tanto como siempre	230	67.3%
	No tanto ahora	89	26.0%
	mucho menos	6	1.8%
	No, no he podido	17	5.0%
He mirado el futuro con placer	Tanto como siempre	184	53.8%
	Algo menos de lo que solía hacer	130	38.0%
	Definitivamente menos	4	1.2%
	No, nada	24	7.0%
Me he culpado sin necesidad cuando las cosas no salían bien	No, nunca	34	9.9%
	No muy a menudo	57	16.7%
	Sí, algunas veces	196	57.3%
	Sí, la mayoría de las veces	55	16.1%
He estado ansiosa y preocupada sin motivo	No, para nada	73	21.3%
	Casi nada	58	17.0%
	Sí, a veces	24	7.0%
	Sí, a menudo	187	54.7%
He sentido miedo y pánico sin motivo alguno	No, nada	71	20.8%
	No, no mucho	82	24.0%
	Sí, a veces	149	43.6%
	Sí, bastante	40	11.7%
Las cosas me oprimen o agobian	No, nada	63	18.4%
	No, casi nunca	95	27.8%
	Sí, a veces	162	47.4%
	Sí, la mayor parte de las veces	22	6.4%
Me he sentido tan infeliz que he tenido dificultad para dormir	No, nada	166	48.5%
	No muy a menudo	77	22.5%
	Sí, a veces	65	19.0%
	Sí, la mayoría de las veces	34	9.9%
Me he sentido triste y desgraciada	No, nada	220	64.3%
	No muy a menudo	92	26.9%
	Sí, bastante a menudo	19	5.6%
	Sí, casi siempre	11	3.2%
He sido tan infeliz que he estado llorando	No, nunca	115	33.6%
	Sólo en ocasiones	201	58.8%
	Sí, bastante a menudo	13	3.8%
	Sí, casi siempre	13	3.8%
He pensado en hacerme daño a mí misma	No, nunca	300	87.7%
	Casi nunca	24	7.0%
	A veces	15	4.4%
	Sí, bastante a menudo	3	0.9%
Total		342	100.0%

Fuente: Elaboración propia

En la tabla 3, se muestran las respuestas de las puérperas en el Test de Depresión de Edimburgo.

Respecto a los ítems propuestos la mayoría respondió de manera negativa así: 57.3% algunas veces “me he culpado sin necesidad cuando las cosas no salían bien”, 54.7% a menudo “he estado ansiosa y preocupada sin motivo”, 43.6% a veces “he sentido miedo y pánico sin motivo alguno”, 47.4% a veces “las cosas me oprimen o agobian”, 58.8% sólo en ocasiones “he sido tan infeliz que he estado llorando”.

Tabla 4. Asociación entre los indicadores de privación social y la depresión posparto en puérperas atendidas en el Hospital Nacional Docente "San Bartolomé" en los meses de octubre a diciembre del 2016.

Privación Social		Depresión posparto				p
		Si		No		
		N	%	N	%	
Terminó los estudios secundarios	No	32	28.1%	25	11.0%	0.000
	Si	82	71.9%	203	89.0%	
Dificultades para atenderse en el establecimiento de salud	Si	20	17.5%	22	9.6%	0.036
	No	94	82.5%	206	90.4%	
Vive en zona rural	Si	0	0.0%	4	1.8%	0.155
	No	114	100.0%	224	98.2%	
Cuenta con trabajo actualmente	No	94	82.5%	196	86.0%	0.394
	Si	20	17.5%	32	14.0%	
Vive con muchas personas en su vivienda	Si	62	54.4%	105	46.1%	0.146
	No	52	45.6%	123	53.9%	
Cuenta con los servicios básicos de vivienda (luz, agua, desagüe, etc.)	No	8	7.0%	10	4.4%	0.304
	Si	106	93.0%	218	95.6%	
Ausencia de la familia en el posparto	Si	28	24.6%	29	12.7%	0.006
	No	86	75.4%	199	87.3%	
Disponer de ingreso económico mensual	No	49	43.0%	121	53.1%	0.079
	Si	65	57.0%	107	46.9%	
Apoyo económico de la pareja	No	16	14.0%	16	7.0%	0.036
	Si	98	86.0%	212	93.0%	

Fuente: Elaboración propia

En la tabla 4, se observa que algunos indicadores de privación social fueron asociados a la depresión posparto:

El 28.1% de las gestantes con depresión posparto y el 11% sin depresión posparto, no terminaron los estudios secundarios, siendo la diferencia estadísticamente significativa en ambos grupos ($p=0.000$), por ello no terminar los estudios secundarios se asoció a la depresión posparto.

El 17.5% de las gestantes con depresión posparto y el 9.6% sin depresión posparto, tuvieron dificultades para atenderse en el establecimiento de salud, evidenciándose una diferencia significativa en ambos grupos ($p=0.036$), es decir la dificultad para atenderse en el establecimiento de salud se asoció a la depresión posparto.

El 24.6% de gestantes con depresión posparto y el 12.7% sin depresión posparto, no contaron con la presencia de la familia en la etapa posparto, existiendo una diferencia significativa en ambos grupos ($p=0.006$), por tanto la ausencia de la familia en el posparto se asoció a la depresión posparto.

Por último, el 14% y el 7% de las gestantes con y sin depresión posparto respectivamente, no recibieron apoyo económico de la pareja, siendo esta diferencia significativa ($p=0.036$), por lo cual la falta de apoyo de la pareja se asoció a la depresión posparto.

Otros indicadores como vivir en zona rural ($p=0.155$), contar con trabajo actualmente ($p=0.394$), vivir con muchas personas en su vivienda ($p=0.146$), contar con servicios básicos de la vivienda ($p=0.304$) y disponer de ingreso económico mensual ($p=0.079$), no se asociaron con la depresión posparto.

Tabla 5. Asociación entre los indicadores de privación afectiva y la depresión posparto en puérperas atendidas en el Hospital Nacional Docente "San Bartolomé" en los meses de octubre a diciembre del 2016.

PRIVACIÓN AFECTIVA		Depresión posparto				p
		Si		No		
		N	%	N	%	
Vivió con padres	No	20	17.5%	14	6.1%	0.010
	Si	94	82.5%	214	93.9%	
Abandono de la pareja	Si	3	2.6%	16	7.0%	0.095
	No	111	97.4%	212	93.0%	
Recibió insultos de familiares o de su pareja	Si	20	17.5%	34	14.9%	0.529
	No	94	82.5%	194	85.1%	
Actualmente la pareja le brinda apoyo emocional	Si	103	90.4%	193	84.6%	0.145
	No	11	9.6%	35	15.4%	
Actualmente reciben apoyo emocional de sus padres	No	27	23.7%	18	7.9%	0.000
	Si	87	76.3%	210	92.1%	
Actualmente sus familiares y amigos le brindan apoyo emocional	No	28	24.6%	4	1.8%	0.000
	Si	86	75.4%	224	98.2%	
Mantiene una mala relación con su pareja	Si	6	5.3%	26	11.4%	0.066
	No	108	94.7%	202	88.6%	
Mantiene una mala relación con su familia	Si	20	17.5%	10	4.4%	0.000
	No	94	82.5%	218	95.6%	

Fuente: Elaboración propia

En la tabla 5, se observa que algunos indicadores de privación afectiva se asociaron a la depresión posparto:

El 17.5% de las gestantes con depresión posparto no vivieron con sus padres, comparado con el 6.1% sin depresión posparto, siendo esta diferencia estadísticamente significativa ($p=0.010$), es decir no vivir con los padres se asoció a la depresión posparto.

El 23.7% de las gestantes con depresión posparto actualmente no recibe apoyo emocional de sus padres, comparado con el 7.9% sin depresión posparto, existiendo una diferencia significativa ($p=0.000$), es decir que no recibir apoyo emocional de los padres se asoció a la depresión posparto.

El 24.6% de las gestantes con depresión posparto actualmente sus familiares y amigos no le brindan apoyo emocional, comparado con 1.8% sin depresión posparto, siendo esta diferencia significativa ($p=0.000$), por tanto el que

actualmente familiares y amigos no le brinden apoyo emocional se asoció a la depresión posparto.

El 17.5% de gestantes con diagnóstico de depresión posparto mantienen una mala relación con su familia, comparado con un 4.4% sin depresión posparto, evidenciándose una diferencia significativa en ambos grupos ($p=0.000$), es decir mantener una mala relación con su familia se asoció a la depresión posparto.

Otros indicadores como el abandono de la pareja ($p=0.095$), recibir insultos de familiares o de la pareja ($p=0.529$), que actualmente la pareja le brinde apoyo emocional ($p=0.145$) y mantener una mala relación con la pareja ($p=0.066$) no se asociaron a la depresión posparto.

4. DISCUSIONES

La privación socio-afectiva representa una situación de desventaja para cualquier persona, en la que hay una ruptura de lazos sociales y familiares, así como la carencia de afecto por la pareja, familiares y amigos, los cuales predisponen a la depresión. Muchas de las personas que padecen de privación socio-afectiva se caracterizan por presentar lo siguiente: rezago educativo, falta de acceso a los servicios de salud, no recibir cariño de padres, familiares y pareja, falta de apoyo de familiares, entre otros, de ahí el interés en estudiar a estas variables en población que atraviesa la etapa de puerperio.

En el presente estudio se encontró que dentro de los indicadores de privación social, el no terminar los estudios secundarios fue un indicador que se asoció a la depresión posparto ($p=0.000$), pues el 28.1% de las puérperas con depresión posparto no terminó la secundaria, a diferencia de las puérperas sin depresión posparto que fue solo un 11%; en cambio, **Vásquez**¹² en su trabajo develó que no existe una asociación significativa entre la depresión posparto y el nivel educativo ($p>0.05$). Tal vez estos resultados se han presentado porque en algunos casos las pacientes ven trancos sus estudios o sienten que tienen menos posibilidades de seguir estudiando por el hecho de salir embarazadas, cayendo en depresión.

Acerca de las dificultades para atenderse en el establecimiento de salud, en la presente investigación dicha variable se asoció con la depresión posparto ($p=0.036$), debido a que un mayor porcentaje de puérperas del grupo caso (17.5%) tuvo dificultades para atenderse en el establecimiento de salud, que en el grupo control (9.6%); posiblemente porque al tener mayor limitación para acceder a los servicios de salud incrementa las preocupaciones sobre su estado físico, al desconocer cómo se encuentra, sobretodo en esta etapa de gran vulnerabilidad (ya sea durante el embarazo o el posparto), ocasionando tristeza y depresión.

En el presente trabajo, el 43% de las puérperas con depresión posparto no dispone de ingreso económico mensual, al igual que el 53% de las puérperas sin depresión posparto, por tanto la disposición de ingreso económico mensual no se asoció con la depresión posparto; lo cual se asemeja al trabajo de **Vásquez**¹²,

quien observó que no hay una asociación significativa entre el nivel de ingreso y la depresión posparto ($p>0.05$).

Asimismo, otro de los indicadores de privación social como es la falta de apoyo económico de la pareja se asoció con la depresión posparto ($p=0.036$), ya que el 14% de las puérperas del grupo caso no contó con el apoyo económico de la pareja, a diferencia del 7% del grupo control. A pesar que en el trabajo de **Atencia**³⁰ se evaluó la depresión posparto en madres adolescentes, se encontraron resultados similares, pues hubo una mayor frecuencia de madres adolescentes que no contaron con el apoyo económico de la pareja en el grupo con depresión posparto (26.7%) que en el grupo sin depresión (1.2%), observándose diferencias porcentuales significativas ($p<0.001$). Esto puede deberse a que una madre por la etapa que atraviesa, muchas veces se dedica a las tareas de la casa y generalmente es la pareja, quien trabaja y provee ingreso económico al hogar, pero la falta de dinero para solventar los gastos puede producir depresión posparto.

En cuanto a los indicadores de privación afectiva, en el presente estudio se halló que el no contar con el apoyo emocional de los familiares se asocia con la depresión posparto ($p=0.000$), puesto que el 24.6% de las puérperas del grupo caso no recibe apoyo emocional de sus familiares, comparado con el 1.8% del grupo control; muy similar a la investigación de **Mercado**⁵ quien, a pesar de haber tomado como muestra de estudio a gestantes, también observó que no contar con el apoyo emocional brindado por la familia se asocia a la depresión ($p=0.039$). Así también, **Santacruz y Serrano**⁸ en su trabajo observaron que la falta de apoyo familiar fue un indicador que se asoció a la depresión posparto ($p=0.0008$). La familia es una estructura de gran soporte emocional, por ello tiene la función de apoyar a la mujer durante el embarazo y en el posparto, pues es cuando ocurre una mayor inestabilidad, sin embargo cuando no sucede esta situación, es decir, no hay apoyo de la familia a la madre, ellas se sienten solas y tienen una mayor predisposición a desarrollar depresión posparto.

Sobre la falta de apoyo emocional de la pareja, en el presente trabajo dicho indicador de privación afectiva no se asoció con la depresión posparto ($p=0.145$),

mientras que en el trabajo de **Urdaneta, Rivera, García, Guerra, Baabel y Contreras**¹³, se encontraron hallazgos disímiles pues el no contar con el apoyo de la pareja se asoció con el desarrollo de depresión posparto ($p=0.000$). Por su parte **Atencia**³⁰, quien a pesar de haber evaluado a población adolescente, en su estudio encontró que el 35.6% de las madres adolescentes con depresión posparto no cuenta con el apoyo emocional de la pareja, a diferencia del 12.2% de las madres sin depresión, existiendo asociación entre el no contar con el apoyo emocional de la pareja y la depresión posparto.

Con respecto a la relación con la pareja, en la presente investigación se obtuvo que el mantener una mala relación con la pareja no se asocia con la depresión posparto ($p=0.066$), en cambio, **Mercado**⁵ en su estudio observó que el tener una mala relación con la pareja se asocia con la depresión ($p=0.001$).

Por otro lado, en el presente estudio se encontró que el mantener una mala relación con la familia se asocia con la depresión posparto ($p=0.000$), puesto que el 17.5% del grupo caso tuvo una mala relación con su familia, comparado con el 4.4% del grupo control. Estos resultados son similares al trabajo de **Dois**¹¹, quien evidenció que existe una relación significativa entre el mal funcionamiento familiar y la depresión posparto. En contraparte, **Atencia**³⁰ reportó en su investigación que la mala relación con la familia no se asocia con la depresión posparto. Tal vez se produce esta situación por el embarazo u otras causas, que desencadenaron problemas familiares y malas relaciones, influyendo negativamente en la esfera afectiva de la mujer, viéndose manifiesto en la depresión posparto.

5. CONCLUSIONES

Los indicadores de privación socio - afectiva asociados a la depresión posparto en las puérperas atendidas en el Hospital Nacional Docente "San Bartolomé" en los meses de octubre a diciembre del 2016 son: no terminar los estudios secundarios, ausencia de la familia en el posparto, no vivir con los padres, no recibir apoyo emocional de sus padres, que actualmente familiares y amigos no le brinden apoyo emocional y mantener una mala relación con su familia.

Los indicadores de privación social como no terminar los estudios secundarios ($p=0.000$), dificultad para atenderse en el establecimiento de salud ($p=0.036$), ausencia de la familia en el posparto ($p=0.006$) y falta de apoyo económico de la pareja ($p=0.036$) se asociaron a la depresión posparto en puérperas.

Los indicadores de privación afectiva como no vivir con los padres ($p=0.010$), no recibir apoyo emocional de sus padres ($p=0.000$), que actualmente sus familiares y amigos no le brinden apoyo emocional ($p=0.000$) y mantener una mala relación con su familia ($p=0.000$) se asociaron a la depresión posparto en puérperas.

6. RECOMENDACIONES

Implementar la aplicación del test de Edimburgo a las pacientes que asisten a los consultorios de obstetricia en los hospitales y establecimientos de salud. Así también se sugiere que tanto en los hospitales como en los establecimientos de salud se les brinde a las pacientes mayores facilidades para la atención con la finalidad que puedan obtener la información necesaria respecto a su estado de salud mental y no afronten estados depresivos.

Se recomienda que se realicen sesiones de terapia familiar en los hospitales y en los centros de salud, para mejorar las relaciones y los lazos entre la paciente, sus familiares y su pareja, de tal manera que se pueda contribuir con la salud en la esfera psicológica de las puérperas.

Resaltar la importancia de las visitas domiciliarias para observar en qué condiciones viven su embarazo las pacientes, como el estado de la vivienda, el número de personas con quien vive, si cuenta con el apoyo económico y/o emocional de sus familiares, etc., pues así se realizaría una evaluación del perfil de cada paciente y se podría abordar de manera adecuada cada caso, evitando los trastornos del estado de la salud y buscando el equilibrio emocional de las puérperas, dándole relevancia a los programas de estimulación prenatal que toman en cuenta la vinculación afectiva.

7. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Instituto Nacional de Salud Mental. Información sobre la depresión posparto. Estados Unidos: Instituto Nacional de Salud Mental; 2014. [Acceso el 25 de octubre del 2016]. Disponible en: https://www.nimh.nih.gov/health/publications/espanol/informacion-sobre-la-depresion-posparto/depresion-posparto-sp-15-8000_150352.pdf
2. Póo F A, Espejo S , Godoy P , Gualda de la C M, Hernández O , Pérez H. 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 [Revista eb Internet]. 2009 [Consultado el 25 de octubre del 2016]; 136(44-52). Disponible en: <http://www.scielo.cl/pdf/rmc/v136n1/art06.pdf>.
3. Zelaya C. La depresión posparto desde la Pulsión de la Muerte [Tesis]. Lima: Pontificia Universidad Católica del Perú; 2003.
4. 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.
5. Mercado Y, Paccori L. Factores asociados a la depresión en gestantes del Instituto Nacional Materno Perinatal. [Tesis]. Lima: Universidad Nacional Mayor de San Marcos; Facultad de Medicina Humana. 2012.
6. 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. Psiquiatría y Salud Mental [Revista en línea] 2013 [Acceso el 28 de noviembre]; 30(1): 38 – 49. Disponible en: http://www.schilesaludmental.cl/pdf_revistas/2013_01/05_factores_de_riesgo_asociados_a_la_depresion_post_parto.pdf.

7. Escobar J, Pacora P, Custodio N, Villar W. Depresión posparto: ¿se encuentra asociada a la violencia basada en género?. An Fac med [Revista en Internet]. 2009 [Acceso el 15 de noviembre del 2016];70(2):115-118. Disponible en: <http://www.redalyc.org/html/379/37912405006/>
8. Santacruz M, Serrano F. Depresión posparto. Prevalencia y factores de riesgo en madres atendidas en el Hospital José Carrasco Arteaga, Cuenca 2014 [Tesis]. Ecuador: Universidad de Cuenca. Facultad de Ciencias Médicas; 2015.
9. Morales M, Garay I, González D, Meza M, Ixtla M, Martínez M, et al. Evaluación del riesgo de depresión posparto en un hospital ginecoobstétrico. Rev. Evidencia médica e investigaciones en salud [Revista en Internet]. 2014 [Acceso el 25 de octubre del 2016]; 7(3): 105-109. Disponible en: <http://www.medigraphic.com/pdfs/evidencia/eo-2014/eo143b.pdf>.
10. Chinchilla N, Peñaranda Y, Morales P, Jaimes M. Factores de riesgo relacionados con depresión posparto. Colombia: Universidad de Pamplona; 2013.
11. 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 [Revista en línea] 2012 [Acceso el 2 de noviembre del 2016]; 140: 719-725. Disponible en: <http://www.scielo.cl/pdf/rmc/v140n6/art04.pdf>.
12. Vásquez E, Sangama M. Relación entre características sociodemográficas y riesgo de depresión posparto en puérperas que consultan en la Clínica Corpomedico Tarapoto, junio-setiembre 2012 [Tesis]. Tarapoto: Universidad Nacional de San Martín. Facultad de Ciencias de la Salud; 2012.
13. 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. [Revista en Internet] 2011 [Acceso el 06 de febrero del 2017]; 76(2). Disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-75262011000200007

14. Domínguez M, Borrell C, Cano G, Esnaola S, Nolasco A, Pasarín M, et al. Construcción de un índice de privación a partir de datos censales en grandes ciudades españolas (Proyecto MEDEA). Gac Sanit [Revista en Internet]. 2008 [Acceso el 15 de octubre del 2016];22(3):179-187. Disponible en: <http://scielo.isciii.es/pdf/gv/v22n3/original1.pdf>.
15. Martín J, López M, García L, Moys M, Jódar F. Análisis multinivel de la influencia de características individuales, capital social y privación en el estado de salud percibida en España. España: Junta de Andalucía. [Acceso el 15 de octubre del 2016]. Disponible en: https://www.researchgate.net/profile/Francisco_Jodar_Sanchez/publication/28268767_Analisis_multinivel_de_la_influencia_de_caracteristicas_individuales_capital_social_y_privacion_en_el_estado_de_salud_percibida_en_Espana/links/0912f50b63f77def2e000000.pdf.
16. Pérez K, Eizaguirre M. Exclusión social. España: diccionario de Acción Comunitaria y Cooperación al desarrollo; 2006. [Acceso el 16 de octubre del 2016]. Disponible en: <http://www.dicc.hegoa.ehu.es/listar/mostrar/96>.
17. Consejo Nacional de Evaluación de la Política de Desarrollo Social. Medición de la pobreza. Glosario. México: CONEVAL. [Acceso el 16 de octubre del 2016]. Disponible en: <http://www.coneval.org.mx/Medicion/Paginas/Glosario.aspx>.
18. García C. Más amor y menos química. España: Aguilar; 2011.
19. Urizar M. Vínculo afectivo y sus trastornos. Bilbao: CSMIJ Galdakao; 2012. [Acceso el 17 de octubre del 2016]. Disponible en: <http://www.avpap.org/documentos/bilbao2012/DesarrolloAfectivoAVP.ap.pdf>.

20. Síndrome de carencia afectiva. [Internet]. 2009. [Acceso el 20 de octubre del 2016]. Disponible en: <http://carenciaafectiva.blogspot.es/categoria/general>.
21. Medina E. Diferencias entre la depresión posparto, la psicosis posparto y la tristeza posparto. Perinatol Reprod Hum [Revista en Internet]. 2013 [Acceso el 20 de octubre del 2016]; 27 (3): 185-193. Disponible en: <http://www.medigraphic.com/pdfs/inper/ip-2013/ip133h.pdf>.
22. Navas W. Depresión posparto. Revista Médica de Costa Rica y Centroamérica [Revista en Internet]. 2013 [Acceso el 22 de octubre del 2016]; 70(608): 639 – 647. Disponible en: <http://www.binasss.sa.cr/revistas/rmcc/608/art14.pdf>.
23. Estalovski B. Cómo vencer la depresión. 1ª ed. Buenos Aires: Ziel; 2004.
24. Guadarrama L, Escobar A, Zhang L. Bases neuroquímicas y neuroanatómicas de la depresión. México: Revista Mexicana de Física. [Acceso el 08 de febrero del 2017]. Disponible en: <http://www.ejournal.unam.mx/rfm/no49-2/RFM49208.pdf>
25. Arbat A, Danés I. Depresión posparto. Med. Clin. (Barc) [Revista en Internet]. 2003 [Acceso el 21 de octubre del 2016]; 12(1): 673-675. Disponible en: <https://www.icf.uab.es/es/pdf/consulta/preres/preres21.pdf>.
26. Oviedo G, Jordán V. Trastornos afectivos posparto. Universitas Médica [Revista en Internet]. 2006 [Acceso el 25 de octubre del 2016]; 47(2): 131-140. Disponible en: <http://med.javeriana.edu.co/publi/vniversitas/serial/v47n2/3%20Transtorno%20posparto.pdf>.
27. García R, Cárdenas C. Diagnóstico precoz de depresión posparto: Factores de riesgo. Enfermería Gaditana. 2014; 26: 22-23.

28. Dois A. Actualizaciones en depresión posparto. Rev. Cubana Obstet. Ginecol [Revista en Internet]. 2012 [Acceso el 22 de octubre del 2016]; 38(4): 576-586. Disponible en: <http://scielo.sld.cu/pdf/gin/v38n4/gin16412.pdf>.
29. Mendoza C, Saldivia S. Actualización en depresión posparto: el desafío permanente de optimizar su detección y abordaje. Rev. Med. Chile [Revista en Internet]. 2015 [Acceso el 27 de octubre del 2016]; 143: 887-894. Disponible en: <http://www.scielo.cl/pdf/rmc/v143n7/art10.pdf>.
30. Atencia S. Factores de riesgo para la depresión posparto en madres adolescentes atendidas en el Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión durante abril – junio, 2015 [Tesis]. Lima: Universidad Nacional Mayor de San Marcos. Facultad de Medicina; 2015.
31. Molero K, Urdaneta J, Sanabria C, Baabel N, Contreras A, Azuaje E, et al. Prevalencia de depresión posparto en puérperas adolescentes y adultas. Rev. Chil Obstet. Ginecol [Revista en Internet]. 2014 [Acceso el 20 de noviembre del 2016]; 79(4): 294 – 304. Disponible en: <http://www.scielo.cl/pdf/rchog/v79n4/art08.pdf>
32. Pacora P, Capcha E, Esquivel L, Ayala M, Ingar W, Huiza L. La privación social y afectiva de la madre se asocia a alteraciones anatómicas y funcionales en el feto y recién nacido. An Fac Med Lima [Revista en Internet]. 2005 [Acceso el 24 de noviembre del 2016]; 66(4): 282-289. Disponible en: <http://www.scielo.org.pe/pdf/afm/v66n4/a05v66n4.pdf>.
33. Real Academia Española. Privación. 23^a ed. España: Real Academia Española; 2014. [Acceso el 20 de noviembre del 2016]. Disponible en: <http://dle.rae.es/?id=UD6SLxx>.
34. Ministerio de Salud. Protocolo de detección de la depresión durante el embarazo y posparto y apoyo al tratamiento. Chile: Ministerio de Salud; 2014. [Acceso el 01 de noviembre del 2016]. Disponible en:

<http://web.minsal.cl/sites/default/files/files/ProtocoloProgramaEmbarazoypartofinal12032014.pdf>

35. Organización Mundial de la Salud. Factores de riesgo. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2017. [Acceso el 02 de enero del 2017]. Disponible en: Organización Mundial de la Salud.
36. Ministerio de Salud. Norma técnica de salud para la atención integral de salud materna. Lima: Ministerio de Salud; 2013.
37. Blasco M, Monedero C, Alcalde J, Criado C, Criado F, Abehsera M. Estrés, ansiedad y depresión en gestantes controladas en la Unidad de Ginecología Psicosomática del Hospital Materno-Infantil de Málaga. Prog Obstet Ginecol. 2008; 51(6):334-41.

8. ANEXOS

INDICE

I. OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES.....	49
II. CONSENTIMIENTO INFORMADO.....	50
III. INSTRUMENTO.....	51
IV. VALIDEZ DEL INSTRUMENTO	54

I. OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES

VARIABLE	DEFINICIÓN OPERACIONAL	INDICADORES	TIPO DE VARIABLE	ESCALA	CODIFICACIÓN	FUENTE DE VERIFICACIÓN
Privación social	Es la carencia de aspectos relacionados a las necesidades básicas de la puérpera.	<ul style="list-style-type: none"> - Bajo nivel educativo. - Acceso dificultoso a los servicios de salud. - Precedencia rural - Inestabilidad laboral. - Hacinamiento en la vivienda. - Carencia de servicios básicos de la vivienda - Alimentación inadecuada. - Ausencia de la familia en el pos parto. - Carencia de una economía mensual fija. - Falta de apoyo económico por la pareja. 	Independiente Cualitativa	Nominal	Si = 1 No = 2	Ficha de recolección de datos.
Privación afectiva	Ausencia de cariño a la que es sometida en su entorno.	<ul style="list-style-type: none"> - No vivió con sus padres en la niñez. - Su pareja la abandonó. - Falta de apoyo afectivo de la pareja en la actualidad. - Falta de apoyo afectivo de sus padres y hermanos en la actualidad. - Falta de apoyo afectivo de familiares y amigos. - Mala relación con la pareja. - Mala relación con la familia. 	Independiente Cualitativa	Nominal	Si = 1 No = 2	Ficha de recolección de datos.
Depresión pos parto	Trastorno/episodio depresivo de inicio en el posparto	<ul style="list-style-type: none"> - Distoría - Ansiedad - Sentimiento de culpa - Dificultad para la concentración - Ideas suicidas 	Dependiente cualitativo	Ordinal	Según Escala de Likert de 0 a 3.	Test de Edimburgo.

II. CONSENTIMIENTO INFORMADO

ASOCIACIÓN ENTRE INDICADORES DE PRIVACIÓN SOCIO - AFECTIVA Y LA DEPRESIÓN POSPARTO EN PUÉRPERAS. HOSPITAL NACIONAL DOCENTE "SAN BARTOLOMÉ". LIMA, OCTUBRE – DICIEMBRE, 2016

Si usted está de acuerdo en participar, se le tiene que dar una copia firmada de este documento. Puede contactarse con Yamileth Piscoya Aguilar, investigadora responsable, al (+51) 992842335 para cualquier duda que usted tenga acerca de la presente investigación.

Yo _____ en mis plenas facultades mentales acepto libremente a participar en el estudio sabiendo que los datos recogidos sólo se utilizarán para fines de investigación. Comprendo que seré parte de un estudio de investigación que se enfoca en estudiar la privación social y afectiva como factor de depresión posparto en puérperas. Sé que mis respuestas a las preguntas serán utilizadas para fines de investigación. También se me informó que, si participo o no, mi negativa a responder no afectará los servicios que yo o cualquier miembro de mi familia puedan recibir de los proveedores de salud. Comprendo que el resultado de la investigación será presentado a la Universidad Nacional Mayor de San Marcos, y con el cuál la señorita Yamileth Piscoya Aguilar ejecutará su tesis.

Una vez leído este documento, paso a autorizar mediante mi firma y nombre completo mi participación

.....
Nombre investigador

Hora:

Fecha:

.....
Nombre participante

.....
Firma Investigador

.....
Firma Participante

III. INSTRUMENTO

Cuestionario Sobre Depresión Postnatal Edimburgo (EPDS)

Nombre: _____

Dirección: _____

Su fecha de Nacimiento: _____

Fecha de Nacimiento del Bebé: _____ Teléfono: _____

Queremos saber cómo se siente si está embarazada o ha tenido un bebé recientemente. Por favor marque la respuesta que más se acerque a cómo se ha sentido en LOS ÚLTIMOS 7 DÍAS, no solamente cómo se sienta hoy. Esto significaría: Me he sentido feliz la mayor parte del tiempo durante la pasada semana. Por favor complete las otras preguntas de la misma manera.

1. He sido capaz de reír y ver el lado bueno de las cosas Tanto como siempre No tanto ahora Mucho menos No, no he podido	6. Las cosas me oprimen o agobian Sí, la mayor parte de las veces Sí, a veces No, casi nunca No, nada
2. He mirado el futuro con placer Tanto como siempre Algo menos de lo que solía hacer Definitivamente menos No, nada	7. Me he sentido tan infeliz que he tenido dificultad para dormir Sí, la mayoría de las veces Sí, a veces No muy a menudo No, nada
3. Me he culpado sin necesidad cuando las cosas no salían bien Sí, la mayoría de las veces Sí, algunas veces No muy a menudo No, nunca	8. Me he sentido triste y desgraciada Sí, casi siempre Sí, bastante a menudo No muy a menudo No, nada
4. He estado ansiosa y preocupada sin motivo No, para nada Casi nada Sí, a veces Sí, a menudo	9. He sido tan infeliz que he estado llorando Sí, casi siempre Sí, bastante a menudo Sólo en ocasiones No, nunca
5. He sentido miedo y pánico sin motivo alguno Sí, bastante Sí, a veces No, no mucho No, nada	10. He pensado en hacerme daño a mí misma Sí, bastante a menudo A veces Casi nunca No, nunca

FICHA DE RECOLECCIÓN DE DATOS:

Nº de Ficha

Buen día, el contenido de esta ficha es confidencial y será manejado exclusivamente por la interna de Obstetricia de la Universidad Nacional Mayor de San Marcos: Piscoya Aguilar, Yamileth (responsable del estudio), por lo que el anonimato está garantizado.

- a. Lea cuidadosamente la ficha.
- b. Marque con un aspa la respuesta que Ud. crea conveniente.
- c. Si tiene alguna duda consulte con el investigador.

CARACTERÍSTICAS GENERALES:

1. Edad: _____
2. Estado civil:
Soltera () Conviviente () Casada () Separada ()
3. Nivel educativo:
Sin Instrucción () Primaria Incompleta () Primaria completa ()
Secundaria Incompleta () Secundaria Completa () Superior ()
4. Ocupación: _____
5. Distrito de procedencia: _____

CARACTERÍSTICAS OBSTÉTRICAS:

6. Cuántos partos ha tenido:
Uno () Dos () De tres a más ()
7. Cuántos hijos vivos tiene:
Uno () Dos () De tres a más ()
8. Su parto ha sido por cesárea
Si () No ()
9. A cuantos controles prenatales ha asistido: _____
10. Su embarazo fue planificado:
Si () No ()

11. Su embarazo fue deseado:
Si () No ()

PRIVACIÓN SOCIAL:

12. Usted ha terminado los estudios secundarios: Si () No ()
13. Tuvo dificultades para atenderse en el establecimiento de salud Si () No ()
14. Usted, vive en una zona rural Si () No ()
15. Usted, cuenta con un trabajo actualmente Si () No ()
16. Usted, vive en con muchas personas en su vivienda Si () No ()
17. Cuenta con los servicios básicos de vivienda (luz, agua, desagüe, etc.) Si () No ()
18. Su familia se ha ausentado en el posparto Si () No ()
19. Usted, dispone de ingreso económico mensual Si () No ()
20. Su pareja le brinda apoyo económico Si () No ()

PRIVACIÓN AFECTIVA:

21. Usted ha vivido con sus padres Si () No ()
22. Su pareja la ha abandonado Si () No ()
23. Ha recibido insultos de familiares o de su pareja Si () No ()
24. En la actualidad, su pareja la brinda apoyo emocional Si () No ()
25. En la actualidad, sus padres le brindan apoyo emocional Si () No ()
26. En la actualidad, sus familiares y amigos le brindan apoyo emocional Si () No ()
27. Mantiene una mala relación con su pareja Si () No ()
28. Mantiene una mala relación con su familia Si () No ()

IV. VALIDEZ DEL INSTRUMENTO

VALIDEZ DE CONTENIDO: PRUEBA BINOMIAL: JUICIO DE EXPERTOS

CRITERIOS	N ^o de Jueces					p
	1	2	3	4	5	
1. El instrumento recoge información que permite dar respuesta al problema de investigación.	1	1	1	1	1	0.031
2. El instrumento propuesto responde a los objetivos del estudio.	1	1	1	1	1	0.031
3. La estructura del instrumento es adecuado	1	1	1	1	1	0.031
4. Los ítems (preguntas) del instrumento están correctamente formuladas. (claros y entendibles)	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	0.031
6. La secuencia presentada facilita el desarrollo del instrumento	1	1	1	1	1	0.031
7. Las categorías de cada pregunta (variables) son suficientes.	1	1	1	1	1	0.031
8. El número de ítems (preguntas) es adecuado para su aplicación.	1	1	1	1	1	0.031

Se ha considerado lo siguiente:

1 (SI) = De acuerdo

0 (NO) = En desacuerdo

En el siguiente cuadro se muestra la opinión de 5 expertos sobre el instrumento, según los criterios señalados, teniendo como premisa que un valor $p < 0.05$, significa que existe evidencia significativa para determinar la concordancia entre los jueces expertos.

Los resultados muestran que existe concordancia favorable entre los 5 jueces expertos sobre los ítems 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7 y 8; no obstante, se realizaron ciertas correcciones de los expertos para mejorar secuencia al momento del desarrollo del instrumento.