

UNIVERSIDAD NACIONAL DEL ALTIPLANO

ESCUELA DE POSGRADO

PROGRAMA DE MAESTRÍA

MAESTRÍA EN SALUD PÚBLICA



TESIS

**CARACTERÍSTICAS BIO PSICO SOCIALES ASOCIADAS A DEPRESIÓN
POSTPARTO EN PUÉRPERAS ATENDIDAS EN EL ESTABLECIMIENTO
DE SALUD I-4 JOSÉ ANTONIO ENCINAS, PUNO - 2016**

PRESENTADA POR:

FRIDA LIPA TUDELA

PARA OPTAR EL GRADO ACADÉMICO DE:

**MAGISTER SCIENTIAE EN SALUD PÚBLICA
MENCIÓN EN DIRECCIÓN Y GESTIÓN DE SERVICIOS DE SALUD**

PUNO, PERÚ

2017

UNIVERSIDAD NACIONAL DEL ALTIPLANO

ESCUELA DE POSGRADO

PROGRAMA DE MAESTRÍA

MAESTRÍA EN SALUD PÚBLICA

TESIS

**CARACTERÍSTICAS BIO PSICO SOCIALES ASOCIADAS A DEPRESIÓN
POSTPARTO EN PUÉRPERAS ATENDIDAS EN EL ESTABLECIMIENTO
DE SALUD I-4 JOSÉ ANTONIO ENCINAS, PUNO - 2016**

PRESENTADA POR:

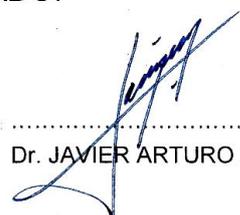
FRIDA LIPA TUDELA

PARA OPTAR EL GRADO ACADÉMICO DE:

**MAGISTER SCIENTIAE EN SALUD PÚBLICA
MENCIÓN EN DIRECCIÓN Y GESTIÓN DE SERVICIOS DE SALUD**

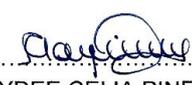
APROBADA POR EL SIGUIENTE JURADO:

PRESIDENTE



.....
Dr. JAVIER ARTURO APAZA QUISPE.

PRIMER MIEMBRO



.....
Dra. HAYDEE CÉLIA PINEDA CHAIÑA.

SEGUNDO MIEMBRO



.....
M.Sc. SILVIA DEA CURACA ARROYO.

ASESOR DE TESIS



.....
Dra. FRIDA JUDITH MALAGA YANQUI.

Puno, 27 de abril del 2017

ÁREA: Salud de la mujer

TEMA: Atención integral a la salud de la mujer

LÍNEA: Salud de grupos poblacionales específicos

DEDICATORIA

- A Dios, a quien entregué mi vida y en quien confío en la adversidad y fortuna, quien nunca me abandona ahora y siempre, iluminándome para obrar con honestidad, humildad y paciencia.
- A mis Padres: Alodia y René quienes me dieron la vida, protección que hoy es sustento de mi vida, reflejo de amor, comprensión, sabiduría como ejemplo de perseverancia, honestidad y ternura en mi fortuna.
- A mis Hermanos: Fátima, Omar y Luzbeth por su comprensión, apoyo fraterno en los momentos más difíciles y a quienes apoyaré por siempre para mantener la unidad familiar ahora y siempre.

AGRADECIMIENTOS

Quiero expresar mis más sentidos agradecimientos a:

- A nuestra alma mater la Universidad Nacional del Altiplano por abrirnos sus puertas y brindarme la oportunidad de lograr el grado de Magister Scientiae.
- Agradezco a la Facultad de Enfermería a través de la plana docente del programa de la Maestría en Salud Pública, por impartir sus sabios conocimientos, experiencias y motivarnos a la investigación.
- Con inmensa gratitud a la Dra. Frida Judith Málaga Yanqui por todo el tiempo y paciencia destinado a la asesoría, y que permitieron la culminación de éste trabajo de investigación.
- A los miembros jurados revisores de la presente investigación Dr. Javier Arturo Apaza Quispe, Dra. Haydee Celia Pineda Chaiña, M.Sc. Silvia Dea Curaca Arroyo y Dra. Frida Judith Málaga Yanqui por sus sugerencias, aportes y recomendaciones durante la elaboración de la actual investigación.
- A las jefas del servicio de Enfermería y Obstetricia del Establecimiento de Salud I-4 José Antonio Encinas de Puno por habérsele permitido a la autora de este estudio, el ingreso y posterior aplicación de los instrumentos en el ámbito de estudio.
- A cada uno de los profesionales de la salud, por su colaboración durante la ejecución de la investigación.

INDICE GENERAL

	Pág.
DEDICATORIA.....	i
AGRADECIMIENTOS	ii
INDICE GENERAL.....	iii
ÍNDICE DE TABLAS	v
ÍNDICE DE FIGURAS	vii
ÍNDICE DE ANEXOS	ix
RESUMEN	x
ABSTRACT.....	xi
INTRODUCCIÓN	1

CAPÍTULO I

PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN

1.1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	3
1.2. JUSTIFICACIÓN:.....	6
1.3. OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN:.....	7
1.3.1. OBJETIVO GENERAL:.....	7
1.3.2. OBJETIVOS ESPECIFICOS:	7
1.4. HIPÓTESIS DE LA INVESTIGACIÓN.....	8
1.4.1. HIPÓTESIS GENERAL:	8
1.4.2. HIPÓTESIS ESPECÍFICAS:.....	8

CAPITULO II

MARCO TEÓRICO

2.1. ANTECEDENTES DEL PROBLEMA:.....	9
2.1.1. A NIVEL INTERNACIONAL:.....	9
2.1.2. A NIVEL NACIONAL:	14
2.1.3. A NIVEL LOCAL:.....	17
2.2.MARCO REFERENCIAL:	19
2.2.1. CARACTERÍSTICA BIO PSICO SOCIALES:.....	19
2.4.1. DEPRESIÓN POSTPARTO:.....	29
2.11.MARCO CONCEPTUAL:	54

CAPITULO III METODOLOGÍA

3.1. TIPO DE ESTUDIO:.....	56
3.2. ÁMBITO DE ESTUDIO:	56
3.3. POBLACIÓN Y MUESTRA:.....	57
3.4. VARIABLES:.....	58
3.5. OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES:.....	59
3.6. INSTRUMENTOS:	61
3.7. MÉTODOS, TÉCNICAS E INSTRUMENTOS.....	61
3.8. PROCEDIMIENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS:.....	63
3.9. DISEÑO Y ANÁLISIS ESTADÍSTICO:.....	65

CAPÍTULO IV RESULTADOS Y DISCUSIÓN

4.1. CARACTERÍSTICAS BIOLÓGICAS ASOCIADAS A DEPRESIÓN POSTPARTO.....	69
4.2. CARACTERÍSTICAS PSICOLÓGICAS ASOCIADAS A DEPRESIÓN POSTPARTO	83
4.3. CARACTERÍSTICAS SOCIALES ASOCIADAS A DEPRESIÓN POSTPARTO	89
 CONCLUSIONES	 103
RECOMENDACIONES	104
BIBLIOGRAFÍA	106
ANEXOS	114

ÍNDICE DE TABLAS

1. Atención prenatal asociada con depresión postparto en puérperas atendidas en el Establecimiento de Salud I-4 José Antonio Encinas de Puno, 2016.....	69
2. Psicoprofilaxis obstétrica asociada con depresión postparto en puérperas atendidas en el Establecimiento de Salud I-4 José Antonio Encinas de Puno, 2016.	73
3. Tipo de parto asociada con depresión postparto en puérperas atendidas en el Establecimiento de Salud I-4 José Antonio Encinas de Puno, 2016.....	76
4. Antecedente de patología durante el embarazo asociada con depresión postparto en puérperas atendidas en el Establecimiento de Salud I-4 José Antonio Encinas de Puno, 2016.....	79
5. Antecedente de patología en el recién nacido asociada a depresión postparto en puérperas atendidas en el Establecimiento de Salud I-4 José Antonio Encinas de Puno, 2016.....	81
6. Apoyo familiar asociada con depresión postparto en puérperas atendidas en el Establecimiento de Salud I-4 José Antonio Encinas de Puno, 2016.....	83
7. Apoyo de la pareja asociada con depresión postparto en puérperas atendidas en el Establecimiento de Salud I-4 José Antonio Encinas de Puno, 2016.	86
8. Edad asociada con depresión postparto en puérperas atendidas en el Establecimiento de Salud I-4 José Antonio Encinas de Puno, 2016.....	89
9. Grado de instrucción asociada con depresión postparto en puérperas atendidas en el Establecimiento de Salud I-4 José Antonio Encinas de Puno, 2016.	92
10. Estado civil asociada con depresión postparto en puérperas atendidas en el Establecimiento de Salud I-4 José Antonio Encinas de Puno, 2016.....	94

11.Ocupación asociada con depresión postparto en puérperas atendidas en el Establecimiento de Salud I-4 José Antonio Encinas de Puno, 2016.....	97
12.Fecundidad asociada con depresión postparto en puérperas atendidas en el Establecimiento de Salud I-4 José Antonio Encinas de Puno, 2016.....	99

ÍNDICE DE FIGURAS

1. Atención prenatal asociada con depresión postparto en puérperas atendidas en el Establecimiento de Salud I-4 José Antonio Encinas de Puno, 2016.....	69
2. Psicoprofilaxis obstétrica asociada con depresión postparto en puérperas atendidas en el Establecimiento de Salud I-4 José Antonio Encinas de Puno, 2016.....	115
3. Tipo de parto asociada con depresión postparto en puérperas atendidas en el Establecimiento de Salud I-4 José Antonio Encinas de Puno, 2016....	116
4. Antecedente de patología durante el embarazo asociadas con depresión postparto en puérperas atendidas en el Establecimiento de Salud I-4 José Antonio Encinas de Puno, 2016	116
5. Antecedente de patología en el recién nacido asociadas con depresión postparto en puérperas atendidas en el Establecimiento de Salud I-4 José Antonio Encinas de Puno, 2016	117
6. Apoyo familiar asociada con depresión postparto en puérperas atendidas en el Establecimiento de Salud I-4 José Antonio Encinas de Puno, 2016	117
7. Apoyo de su pareja asociada con depresión postparto en puérperas atendidas en el Establecimiento de Salud I-4 José Antonio Encinas de Puno, 2016.	118
8. Edad asociada con depresión postparto en puérperas atendidas en el Establecimiento de Salud I-4 José Antonio Encinas de Puno, 2016.....	118
9. Grado de instrucción asociada con depresión postparto en puérperas atendidas en el Establecimiento de Salud I-4 José Antonio Encinas de Puno, 2016.	119
10. Estado civil asociada con depresión postparto en puérperas atendidas en el Establecimiento de Salud I-4 José Antonio Encinas de Puno, 2016.....	119
11. Ocupación asociada con depresión postparto en puérperas atendidas en el Establecimiento de Salud I-4 José Antonio Encinas de Puno, 2016	120



12. Fecundidad asociada con depresión postparto en puérperas atendidas en el Establecimiento de Salud I-4 José Antonio Encinas de Puno, 2016.....120

ÍNDICE DE ANEXOS

1. Tratamiento Estadístico	121
2. Matriz de consistencia.....	127
3. Formulario del consentimiento informado.....	130
4. Formulario de recolección.....	131
5. Test de la escala de depresión postparto de edimburgo.....	133
6. Aplicación del instrumento – EE.SS. Jose Antonio Encinas	134

RESUMEN

El presente estudio tuvo como objetivo determinar las características biológicas, psicológicas y sociales que se relacionan con la depresión postparto en la población de puérperas que concurren al Establecimiento de Salud José Antonio Encinas. Siendo el tipo de investigación descriptivo, analítico; la muestra estuvo conformada por 78 puérperas. Las técnicas elegidas para la obtención de información fueron la entrevista y encuesta, se aplicó la guía de entrevista y el test de la Escala de Edimburgo, para el análisis estadístico se utilizó el programa de SPSS versión 22.0, la Ji cuadrada con el nivel de significancia del 5% y coeficiente de contingencia. Los resultados muestran que el 53% las puérperas presentaron depresión postparto, del cual, el 40% tuvieron más de seis controles prenatales, el 47% no reciben sesión de psicoprofilaxis obstétrica, el 44% tuvo parto eutócico, el 29% con antecedente durante el embarazo, el 45% sin antecedente de patología en el recién nacido, asimismo las características psicológicas el 46% reciben apoyo familiar, el 50% reciben apoyo de su pareja, respecto a las características sociales el 21% oscila en las edades de 25 a 29 años, el 23% con grado de instrucción de superior, 42% de estado civil conviviente, 42% de ocupación su casa, y el 27% tienen menos de un hijo (primíparas). De acuerdo al planteamiento de hipótesis se acepta la hipótesis nula y se rechaza la hipótesis alterna: las características biológicas, psicológicas y sociales no están asociadas con la depresión postparto, sin embargo según el coeficiente de contingencia Elorza existe relación positiva débil entre la edad y la depresión postparto.

Palabras clave: Biológica, característica, depresión, psicológica, postparto, puérpera, sociales.

ABSTRACT

The present study had as objective to determine the biological, psychological and social characteristics that are related to the postpartum depression in the population of puerperas who attend the Health Establishment José Antonio Encinas. Being the type of research descriptive, analytical; The sample consisted of 78 puerperae. The techniques chosen for obtaining information were the interview and survey, we applied the interview guide and the Edinburgh Scale test, for statistical analysis we used the SPSS program version 22.0, the Chi square with the level of significance Of 5% and contingency coefficient. The results show that 53% of postpartum women presented postpartum depression, of which 40% had more than six prenatal controls, 47% did not receive obstetric psychophylactic sessions, 44% had a eutocic delivery, 29% had antecedents during the Pregnancy, 45% with no history of pathology in the newborn, psychological characteristics 46% receive family support, 50% receive support from their partner, with respect to social characteristics, 21% oscillate between the ages of 25 and 29 23% have a higher education degree, 42% are married, 42% are employed in their home, and 27% have less than one child (primiparous). According to the hypothesis approach, the null hypothesis is accepted and the alternative hypothesis is rejected: biological, psychological and social characteristics are not associated with postpartum depression; however, according to the Elorza contingency coefficient there is a weak positive relationship between age and postpartum depression.

Keywords: Biological, characteristic, depression, psychological, postpartum, puerpera, social.

INTRODUCCIÓN

La depresión postparto es un trastorno o episodio depresivo que se inicia posterior al parto y puede mantenerse durante el puerperio, o inclusive puede permanecer después de éste. Esta patología representa una importante afección de la salud mental en la mujer, genera un doble impacto negativo, ya que afecta tanto a la madre, quien padece directamente la enfermedad, como al recién nacido, pues depende completamente de los cuidados de ésta para su bienestar físico y emocional, o con consecuencias a nivel del vínculo madre-hijo(a) y el desarrollo infantil, tanto en términos emocionales, conductuales como cognitivos.¹

El embarazo y el nacimiento son grandes transiciones del ciclo vital que afectan a la mujer, al bebé y al resto de la familia. Es un periodo de adaptaciones, de cambios emocionales y psicológicos. Así como el embarazo y el parto son acontecimientos vitales de gran importancia en el desarrollo de los núcleos familiares, pueden ser una etapa de enorme estrés y desequilibrio en algunos casos. La depresión postparto puede medirse el costo en términos económicos que es alto, pero el costo en términos de sufrimiento es incalculable.²

La puérpera muestra diversas respuestas emocionales durante el puerperio que pueden fluctuar de una sensación melancólica hasta una depresión más profunda. Son enfermedades multisistémicas, que se manifiestan con distintos grados de alteración patológica de respuestas emocionales asociados a un significativo deterioro físico y social.

En el Perú, aproximadamente el 24,1% de mujeres padece de depresión postparto; debido a la falta de información, no son considerados patológicos y suelen atribuirse a una dificultad en la capacidad de la madre o a la falta de fortaleza y determinación para superar un periodo difícil de la maternidad.³

El contenido del estudio está dividido en 4 capítulos, el Capítulo I incluye el planteamiento de la investigación, justificación, objetivos e hipótesis; el Capítulo II comprende los antecedentes, las bases teóricas y la definición de conceptos; en el Capítulo III se describe la metodología de la investigación y finalmente en el Capítulo IV se dan a conocer los resultados y discusión.

CAPITULO I

PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN

1.1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

La Organización Mundial de la Salud² señala que entre el 20 y 40% de las mujeres en países en desarrollo sufren de depresión durante el embarazo o postparto. Algunos estudios (realizados por Cox, Dennis y Beck y citados por Aramburu y cols.), señalan que la depresión postparto 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 postparto de Edimburgo, en Inglaterra la incidencia de depresión postparto es de 10 a 15% y la prevalencia de 8.2 a 14.9%; en Chile la prevalencia a las 12 semanas postparto es de 43% y la incidencia de 32.5%; en Estados Unidos la incidencia es de 8 a 26%; en España es de 25.8% y en Brasil es de 12%; los países que presentan una prevalencia de depresión postparto más frecuente son la India (32%), Korea (36%), Guyanas (57%) y Taiwán (61%).

Es importante tener en cuenta que la depresión postparto puede ocurrir por diversas causas o factores, sean de origen psicológico, social, familiar, etc.,

los cuales se acentúan en la puérpera esta patología. Estos factores han sido evaluados por algunas investigaciones como:

Aramburu¹, Dois⁴, Vargas⁵, Reeder y Col⁶ quienes sostienen que el período de postparto es el de mayor riesgo para desarrollar enfermedades emocionales de la personalidad debido a un rápido cambio en los niveles circulantes de diferentes hormonas. Durante el embarazo, los niveles de estrógenos (estradiol, estriol y estroma) y de progesterona presentando un aumento constante que, en parte, es el resultado de la producción placentaria de estas hormonas. 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 hasta el quinto día del postparto; estos problemas a menudo no se detectan. Se caracteriza por presentar síntomas y signos de depresión postparto la mayor parte del día, durante al menos dos semanas, con angustia significativa y/o alteración del funcionamiento personal. Se diferencia porque aparece entre las 4 y 30 semanas del puerperio.

En Venezuela, Pérez⁷, Póo⁸ y Atencia³, coinciden refiriendo que las variables asociados a la depresión postparto, los principales fueron de tipo biológico: patologías obstétricas del embarazo, tipo de parto, paridad, hospitalización del recién nacido o patologías perinatales; tipo psicológico: no contar con el apoyo de su pareja, mala relación con la pareja, presentar antecedentes de depresión o melancolía; tipo social: nivel educativo, estado civil y nivel socioeconómico. Las consecuencias de la depresión postparto, no sólo afectan el bienestar y salud de las mujeres, sino que también pueden poner en riesgo el vínculo de

apego y la estabilidad familiar, contribuyendo a la aparición de problemas o trastornos en los hijos.

Según el Instituto Nacional de Estadística e Informática⁹, son muchos los factores que conllevan al ejercicio cada vez más temprano de la sexualidad en los y las adolescentes y por ende a los embarazos precoces; estos factores incluyen los cambios socioeconómicos, nuevos estilos de vida e insuficiente educación sexual. La depresión postparto en este grupo de madres conlleva a consecuencias negativas a nivel del vínculo madre-hijo (a) y el desarrollo infantil, tanto en términos emocionales, conductuales como cognitivos.

En el Establecimiento de Salud José Antonio Encinas, se ha observado a las puérperas primíparas que acuden, en el periodo del puerperio, manifestaron que no sabían que hacer cuando su bebé lloraba, la venida de su bebé hacia que todas las cosas cambie en su vida, manifestando muchas de ellas síntomas de depresión postparto, lo más impresionante es que ellas no entendían porque presentaban estas respuestas emocionales, refirieron que no le daban importancia debido a que era desconocido, no habían escuchado, explicado o les habían evaluado su estado emocional durante los controles prenatales. Después de los 15 días del parto, la madre retornaba para sus controles de puerperio, asimismo cuando llevaba a su niño al consultorio de crecimiento y desarrollo para sus respectivos controles y/o cuando el personal de salud realizaba las respectivas visitas domiciliarias, la puérpera todavía manifestaba algunos síntomas y signos de depresión postparto.

En el Establecimiento de salud se realizó un estudio de investigación por Lipa¹⁰, refiere que más de la mitad de puérperas primíparas presentaron

depresión postparto en el rango de edad de 16 a 19 años; en la actualidad el nosocomio no cuenta con datos estadísticos registrados en el sistema de información de salud que reflejan el número de puérperas con depresión postparto debido a que en el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM IV-TR)¹¹ la depresión postparto está ubicado dentro de los trastornos mentales y del comportamiento, es decir no existe especificidad y las madres puérperas no han sido capacitadas en este tema por los profesionales de salud durante los controles prenatales, parto institucional o en la atención del puerperio ; además el profesional de la salud responsable de la atención al recién nacido y al niño menor de 5 años, no están enfocándose en desarrollar intervenciones preventivas siendo un indicador de una inadecuada salud mental.

Por las razones expuestas, la investigación buscó evidenciar la importancia de las características biológicas, psicológicas y sociales con la depresión postparto en puérperas, para responder a la siguiente interrogante en general:

¿Cuál es la asociación de las características biológicas, psicológicas y sociales con la depresión postparto en puérperas atendidas en el Establecimiento de Salud I-4 José Antonio Encinas Puno, 2016?

1.2. JUSTIFICACIÓN:

El presente trabajo de investigación mediante la aplicación de la escala de depresión postparto de Edimburgo, contribuye a tamizar si tiene depresión postparto; por esta razón es el método más confiable de evaluación del trastorno del ánimo durante el puerperio, implica un proceso de dos etapas. Primero haciendo uso de esta escala para luego derivar a evaluación por

especialistas a través de entrevistas estandarizadas de diagnóstico para aquellas madres que obtengan puntajes altos.

Asimismo, se puede aplicar e incluir dentro de los exámenes de rutina del embarazo y puerperio, porque el test es práctico, sencillo, comprensible y se puede modificar de acuerdo a nuestra realidad. A través del test permitirá tomar decisiones, detectar a tiempo, a la vez se puede desarrollar intervenciones preventivas en el niño puesto que la depresión puede acarrear bajo peso al nacer, abandono, carencia de afecto y ruptura de apego, como la madre hábitos inadecuados (en la alimentación, consumo de hábitos nocivos), descuido en sus cuidados puerperales e incluso suicidio o muerte materna³ que ven deteriorada su nivel de salud, calidad de vida y relaciones personales.

Finalmente dicho estudio servirá para fortalecer la línea de investigación y motivar el interés de los profesionales del área de salud para trabajar en forma holística y multidisciplinaria por la salud del bienestar del binomio madre-hijo.

1.3. OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN:

1.3.1. OBJETIVO GENERAL:

Determinar la asociación entre las características biológicas, psicológicas y sociales con la depresión postparto en púerperas atendidas en el Establecimiento de Salud I-4 José Antonio Encinas de Puno, 2016.

1.3.2. OBJETIVOS ESPECIFICOS:

- Identificar las características biológicas: atención prenatal, psicoprofilaxis, tipo de parto, antecedente de enfermedad durante el embarazo, antecedente de enfermedad en el recién nacido y paridad que se asocian con la depresión postparto.

- Identificar las características psicológicas: apoyo familiar y apoyo de la pareja que se asocian con la depresión postparto.
- Identificar las características sociales: edad, grado de instrucción, estado civil, ocupación y fecundidad que se asocian con la depresión postparto.

1.4. HIPÓTESIS DE LA INVESTIGACIÓN

1.4.1. HIPÓTESIS GENERAL:

Ha= Las características biológicas, psicológicas y sociales están asociadas significativamente con la depresión postparto en puérperas atendidas en el Establecimiento de Salud I-4 José Antonio Encinas de Puno, 2016.

1.4.2. HIPÓTESIS ESPECÍFICAS:

Ha= Existe relación significativa positiva de las características biológicas: sin control prenatal, sin psicoprofilaxis obstétrica, de parto distócico/eutócico, con antecedente de alguna enfermedad durante la gestación, con antecedente de alguna enfermedad del recién nacido y la depresión postparto en puérperas.

Ha= Existe relación significativa positiva de las características psicológicas: la falta de apoyo de la familia, la falta de apoyo de la pareja y la depresión postparto en puérperas.

Ha= Existe relación significativa positiva de las características sociales: 16 años a más, sin grado de instrucción, solteras/convivientes, más de dos hijos, estudiante/ama de casa y la depresión postparto en puérperas.

CAPITULO II

MARCO TEÓRICO

2.1. ANTECEDENTES DEL PROBLEMA:

A continuación se presentan los antecedentes relacionados con el estudio lo que permite ubicar a las investigaciones en el contexto actual.

2.1.1. A NIVEL INTERNACIONAL:

En un estudio de investigación en Venezuela por Molero¹²; sobre “Prevalencia de depresión postparto en puérperas adolescentes y adultas” refiere que fue comparativa con diseño no experimental, transeccional, de casos y controles, que incluyó una muestra de 100 mujeres en puerperio tardío, divididas en dos grupos pareados de 50 adolescentes (casos) y 50 adultas (controles). Los resultados fueron que existe significativamente una mayor frecuencia de ansiedad, sentimiento de culpa y dificultad para la concentración, es indicativo para el riesgo de presentar depresión postparto. Traduciéndose en 4% de puérperas adolescentes y 72% de adultas con probable depresión postparto, que al confirmarse mediante la entrevista mostró una prevalencia de 2% y 38%, en adolescentes y adultas respectivamente. En adultas predominó como factores de riesgo significativos el bajo nivel educativo, las dificultades con la lactancia y la presencia de

trastornos afectivos desde el embarazo. El autor concluye que la depresión postparto es más prevalente en las madres adultas que en las adolescentes.

En otro estudio en España, Lopes¹³ titulado “Frecuencia de la depresión puerperal en la maternidad de un Hospital universitario de la región del sur”, cuya investigación fue cuantitativo, exploratorio, descriptivo. La muestra estuvo constituida por 53 puérperas en puerperio inmediato desde abril a mayo. Los resultados señalaron que el riesgo de depresión postparto fue encontrado en seis puérperas (11%), lo que demuestra la importancia de los profesionales de la salud en realizar la detección precoz de la depresión postparto.

Asimismo en una investigación en México, Gutiérrez¹⁴ sobre “Prevalencia de depresión postparto y sus factores asociados”, refiere que el estudio fue transversal en el que se captaron puérperas durante el puerperio inmediato. Los resultados fueron que de 1,134 mujeres, 21(1.8%) tuvieron diagnóstico de depresión postparto. Los factores significativos relacionados con estas fueron: el antecedente de hijos muertos, episodios de depresión y alteraciones en el sueño. El autor concluye que la frecuencia de depresión postparto es baja en la población y 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.

En otro estudio en Chile titulado “Caracterización de madres deprimidas en el postparto”, Rojas¹⁵; realizó una investigación sobre puérperas que consultan en los servicios de atención primaria sobre depresión postparto. Utilizó como instrumento de ejecución las características sociodemográficas, historia obstétrica, los síntomas clínicos y de atención puerperal de 440

mujeres en el postparto que buscaron ayuda en la atención primaria y que fueron diagnosticadas con depresión postparto. Los resultados fueron que estas mujeres no tenían un empleo (82.7%), tuvieron embarazos no deseados (62.5%) y carecían de apoyo social adecuado (59.4%). El autor menciona que desde el punto de vista clínico, la mayoría de estas mujeres puérperas tenían una historia familiar de depresión (64.2%) y el 31% había sufrido de episodios depresivos previos. Los síntomas clínicos de estos pacientes consistían en estado de ánimo deprimido (93.2%), anhedonia (87.9%) y la fatiga (87%). El autor concluye que las puérperas deprimidas postparto constituyen un grupo que requiere de una atención más clínica debido a su gran vulnerabilidad biológica, los síntomas depresivos activos y enorme riesgo psicosocial. La madre y el programa de los niños, lo que les beneficia, debe ser combinado con un componente de salud mental que les puede ofrecer un tratamiento adecuado a su contexto psicosocial.

En un estudio por Urdaneta¹⁶; sobre “Factores de riesgo de depresión postparto en puérperas venezolanas valoradas por medio de la escala de Edimburgo”, elaboró una investigación descriptiva con diseño no experimental, mediante una muestra de 100 puérperas. Los resultados fueron que hubo una prevalencia del test positivo del 91%, con una prevalencia de depresión postparto del 22%. De las características evaluadas solo los trastornos médicos durante el embarazo, la enfermedad del neonato, no contar con el apoyo de su pareja, presentar antecedentes de depresión o melancolía o tener un nivel educativo primario o inferior, mostraron una asociación significativa con el desarrollo de depresión postparto. De las características evaluadas, tanto de índole biológico,

psicológico como social, solamente mostraron una asociación significativa con el desarrollo de depresión postparto, los trastornos médicos durante el embarazo, la enfermedad del neonato, el nacimiento mediante cesárea, no contar con el apoyo familiar, no contar con el apoyo de su pareja, presentar antecedentes de depresión o melancolía o tener un nivel educativo primario o inferior. Por lo tanto, debe recomendarse la evaluación periódica de los factores de riesgo en cada institución sanitaria para así planear acciones óptimas en la prevención y el tratamiento de esta patología.

Otro estudio, Dois⁴ sobre “Actualizaciones en depresión postparto”, afirma que el diagnóstico de depresión postparto confiere algunas dificultades, entre ellas el escaso reconocimiento de los trastornos del ánimo durante el embarazo. Alrededor de la mitad de los cuadros depresivos diagnosticados durante el puerperio iniciaron o continuaron su curso durante el embarazo, pese a conocerse que el diagnóstico y tratamiento correcto previo al parto implica una menor probabilidad de cursar una depresión posnatal. Por otro lado, la sintomatología depresiva durante el puerperio puede confundirse con la adaptación normal a esta etapa de la vida. Durante las primeras semanas postparto, cerca del 80% de las madres experimenta un cuadro denominado disforia/tristeza postparto, caracterizado por inestabilidad emocional, tristeza, insomnio, llanto, fatiga irritabilidad y ansiedad. Este cuadro cursa entre el tercer y décimo día postparto y ha sido asociado con los cambios hormonales de la etapa, por lo mismo, no requiere de tratamiento farmacológico, sino de la contención y apoyo de la familia.

Asimismo en otro estudio Wolff¹⁷ titulado “Depresión postparto en el embarazo adolescente: análisis del problema y sus consecuencias”, refiere

que las madres adolescentes tienen mayor riesgo de morbilidad obstétrica, más probabilidad de deserción escolar, inactividad laboral y dependencia económica, y a establecer vínculos de apego inseguros con sus hijos éstos, en tanto, estarían más expuestos a la morbilidad perinatal y neonatal, a la prematuridad y bajo peso al nacer, al abuso y/o negligencia parental y a problemas conductuales y de rendimiento desde la etapa preescolar. Las conclusiones fueron que la depresión postparto es un importante problema de salud pública que afecta a puérperas de todas las edades, asociándose a factores de riesgo tales como, depresión previa, malas relaciones interpersonales dentro de la familia, con la pareja o padre del bebé y bajo apoyo social, asimismo, la depresión postparto se asocia a alteraciones en el vínculo madre-hijo, con menor desarrollo y más problemas conductuales en el niño. Es importante incorporar a la rutina de trabajo, la búsqueda activa de síntomas depresivos y de factores de riesgo para depresión postparto, idealmente desde el periodo prenatal.

Perez⁷ en su investigación “Variables posiblemente asociadas a depresión postparto, según escala de Edimburgo”, cuyo estudio fue analítico, observacional en 50 puérperas que asistieron a control a la sexta semana postparto. La edad, escolaridad, estado civil, nivel socioeconómico, paridad, patologías del embarazo, tipo de parto, hospitalización del recién nacido, no resultaron estadísticamente diferentes para riesgo de depresión postparto. Es necesario realizar un tamizaje universal para la pesquisa precoz de depresión postparto y realizar nuevos estudios considerando otros factores asociados.

2.1.2. A NIVEL NACIONAL:

En el Perú, Atencia³ en su investigación sobre “Factores de riesgo para la depresión postparto en madres adolescentes atendidas en el Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión”, cuyo estudio fue observacional, analítico de casos y controles, prospectivo, transversal, donde la muestra estuvo conformada por 180 madres adolescentes, que se dividieron en dos grupos: 90 pacientes tuvieron depresión postparto (casos) y 90 pacientes sin depresión postparto (control). A ambos grupos se les aplicó la escala de Edimburgo y un formulario de evaluación de los factores de riesgo. Los resultados fueron los factores obstétricos de riesgo con asociación significativa para depresión postparto son: presentar enfermedades durante el embarazo, hospitalización durante la gestación, complicaciones durante el parto, parto por cesárea, dificultad para la lactancia materna y bebé hospitalizado por complicaciones. Los factores psicológicos de riesgo para la depresión postparto son el recibir insultos de familiares o pareja, la sensación de ansiedad, la sensación de melancolía, la sensación de culpabilidad, la dificultad para concentrarse, la dificultad para criar al bebé, el tener un embarazo no deseado, la depresión antes de la gestación, la depresión durante la gestación, la vivencia de un hecho estresante, el antecedente familiar de depresión, el no contar con el apoyo emocional de la pareja y el no tener una buena relación con la pareja. Asimismo, los factores sociales de riesgo para depresión postparto son el tener una pareja que no cuenta con trabajo, el no tener el apoyo económico de la pareja y el consumo de sustancias nocivas. La conclusión fue que los principales factores de riesgo para la depresión postparto en las madres adolescentes atendidas: son la mala relación con la pareja, la falta de apoyo económico de la pareja y la

hospitalización del bebé por alguna complicación.

En otra investigación realizado por Escobar¹⁸ bajo el titulado “Depresión postparto: ¿se encuentra asociada a la violencia basada en género?”, evidencia que la depresión postparto y la violencia basada en género son patologías muy frecuentes en la mujer; la importancia de un diagnóstico y tratamiento oportuno radica en evitar las consecuencias a futuro en la mujer, el recién nacido y la familia en general. Los resultados fueron que la tasa de depresión postparto fue 17%, encontrando diferencias estadísticas al compararla con autoestima, depresión previa al embarazo, ansiedad durante la gestación, satisfacción marital y eventos estresantes durante la gestación. El 51% fue víctima de violencia basada en género, siendo la más frecuente la forma psicológica. El autor concluye que las mujeres víctimas de violencia tienen riesgo elevado de sufrir depresión postparto.

Luna¹⁹ en su estudio titulado “Depresión mayor en embarazadas atendidas en el Instituto Nacional Materno Perinatal-Lima”, cuya investigación fue descriptiva, transversal. La muestra de estudio estuvo conformada por 222 gestantes de 16 a 42 años con bajo riesgo obstétrico que acudieron a la consulta externa. A cada embarazada se le aplicó la escala de depresión de Edimburgo y un cuestionario sobre datos sociodemográficos y obstétricos. Los resultados fueron que de las 222 gestantes estudiadas, 89 (40,1%) presentaron depresión mayor. Las mujeres casadas tendían a deprimirse menos; las que no planificaron su embarazo y que presentaron complicaciones durante su gestación tendieron a deprimirse más que sus pares. No se encontró que la edad, el número de hijos, la edad gestacional, el nivel educacional, los antecedentes de aborto, el consumo de alcohol u otras sustancias, la falta de

apoyo familiar y la percepción de tener problemas de pareja, familiares, económicos o personales influyeran en la frecuencia de depresión. Las conclusiones del estudio fueron que la prevalencia de depresión mayor en las gestantes estudiadas fue muy elevada. Se debe prestar especial atención a las mujeres que manifiestan tener un embarazo no planificado y las que sufren complicaciones durante su embarazo, a fin de llegar a diagnósticos tempranos y aplicar tratamientos oportunos.

Un estudio de investigación sobre “Trastornos depresivos del embarazo y puerperio” Rondón²⁰; afirma que algunos médicos no diagnostican adecuadamente los trastornos emocionales en la gestación y que las propias familias niegan la existencia de un trastorno, atribuyéndolo a “cambios normales”. Lo que sabemos actualmente es que el bienestar emocional durante la gestación es un asunto bastante individual que no se presta a generalizaciones derivadas de las teorías psicodinámicas clásicas, sino que más bien se relaciona con: estabilidad emocional previa, actitudes hacia la feminidad, la relación con la madre, la relación con el esposo, la preparación para las tareas de la crianza, enfermedad mental previa, presencia de otros niños, apoyo práctico, aborto inducido previo, estatus social y económico, embarazo de alto riesgo médico. Todas las puérperas atraviesan por los mismos cambios hormonales masivos, y están sujetas, poco más o menos, a similares demandas de adaptación por el cambio de roles, sin embargo no todas hacen depresión clínicamente importante. Esto nos lleva a aceptar la existencia de una vulnerabilidad biológica específica, al igual que en la disforia premenstrual. Durante los primeros días postparto disminuyen las tasas de estrógeno y progesterona y se realizan cambios en el metabolismo

del cortisol. Además, hay un estado hipotiroideo que puede durar hasta un año. En esta etapa ocurre una gama de alteraciones emocionales que van de la tristeza materna hasta la depresión mayor con manifestaciones psicóticas.

2.1.3. A NIVEL LOCAL:

En nuestra región de Puno se evidencia escasos trabajos de investigación relacionado con la depresión postparto, solo en la Universidad Nacional del Altiplano, en la Facultad de Enfermería se han encontrado trabajos sobre la depresión postparto y su relación con características sociales y personales. Así: Pinto²¹ en su estudio titulado “Depresión postparto y su relación con características sociales y personales en mujeres atendidas en el Centro de Salud Santa Adriana- Juliaca”, afirma que la investigación fue explicativo y de diseño correlacional, teniendo como muestra a 35 mujeres que dieron su parto en la institución antes mencionada. Los resultados fueron que la depresión leve es mayor en 69% con 24 mujeres, seguido por un 11% de depresión moderado y así mismo se observa que el 20% de las mujeres no presentan signos de depresión. De 35 mujeres el 40% presentan depresión postparto en edades de 21 a 30 años, por lo que se debe prestar una atención integral. Las madres con educación secundaria son las que presentaron depresión leve con un 31%, el grado de instrucción secundaria promueve a que las madres puedan tener un mejor conocimiento para el cuidado del bebe, pero no les permite tener un trabajo estable. El 46% de las mujeres con depresión leve tienen como ocupación su casa, esta información deberá ser útil para incrementar el autoestima de las madres que tienen de ocupación su casa. El 57% de las madres de estado civil conviviente presentan depresión leve, se observa que la condición de convivencia de una pareja es motivo de preocupación y depresión

en la mujer. El 51% de las mujeres con depresión postparto leve son madres que han tenido su primer hijo, así encontramos que el paso de una mujer a ser madre por primera vez le causa cierta inseguridad la cual se puede convertir en depresión. Las madres que han tenido anteriormente algún tipo de depresión, en el estudio presentan la depresión postparto leve con un 51% por lo que las mujeres con antecedentes con depresión pueden tener también depresión postparto.

Lipa¹⁰ en su estudio titulado “Depresión postparto en puérperas primíparas y multíparas del Establecimiento de Salud I-4 José Antonio Encinas” cuya investigación fue descriptiva de corte transversal, tomándose una muestra de 69 puérperas primíparas y multíparas; el muestreo fue no probabilístico por cuota; utilizó como técnica la entrevista estructurada y el instrumento fue el test de la escala de depresión postparto de Edimburgo modificada. Los resultados fueron que las puérperas primíparas y multíparas que presentaron depresión postparto obtuvieron una puntuación mayor de 10 puntos, representan el 21.7% oscila en las edades de 16 a 19 años, 27.5% procedentes de la zona urbana, 24.6% hablantes del idioma castellano, 18.8% con grado de instrucción secundaria completa, 31.9% de estado civil conviviente, 21.7% de ocupación su casa y el 18.8% recibieron seis atenciones prenatales antes del séptimo mes. El autor concluye que en más de la mitad de puérperas primíparas presentaron depresión postparto en el rango de edad de 16 a 19 años (adolescentes), porque es el periodo en que las puérperas atraviesan por una condición que contiene un gran cambio emocional y físico; asimismo el embarazo en adolescentes tiene la tendencia al abandono de sus estudios, dedicándose a los quehaceres del hogar y

asumir el rol de madre en una edad prematura, que contribuyen a precipitar la depresión postparto.

2.2. MARCO REFERENCIAL:

2.2.1. CARACTERÍSTICA:

Según el diccionario de la Real Academia Española²², característica define como una cualidad que da carácter o sirve para distinguir a alguien o algo de sus semejantes.

Podemos afirmar que característica es una cualidad o circunstancia que es propia o peculiar de una persona que permite identificar, distinguiéndolo de sus semejantes, por la cual se define.

2.2.2. DEPRESIÓN POSTPARTO:

Botero²³ define la depresión postparto como una depresión mayor con inicio postparto que requiere de un comienzo en las cuatro semanas subsiguientes. Es una condición que contiene una amplia gama de cambios emocionales y físicos entre ellos, tristeza, desesperanza, ansiedad, angustia, irritabilidad, anergia (falta de energía vital), dolores musculares inespecíficos, y cefaleas; todos estos síntomas se presentan con una intensidad variable. Durante este periodo se llevan a cabo cambios hormonales rápidos que contribuyen a precipitar la depresión en personas que tienen la vulnerabilidad a ella. Sin embargo, los factores sociales siguen jugando un papel importante en desencadenar y/o precipitar el trastorno. Las consecuencias familiares, sociales y personales que origina el trastorno son graves, llegando a situaciones dramáticas como el suicidio.

2.3. CARACTERÍSTICAS ASOCIADAS A LA DEPRESIÓN POSTPARTO

Botero²³ refiere que la depresión postparto tiene una etiología multicasual y comprende una vulnerabilidad genética, asociada a los cambios hormonales durante el embarazo, la cantidad de estrógenos y progestágenos desciende rápidamente y esto afectaría de manera clara los circuitos de neurotransmisores de serotonina y noradrenalina. De igual forma, la producción de la tiroides también pueden disminuir bruscamente después del parto, los bajos niveles de hormonas tiroideas producen síntomas similares a los del trastorno depresivo, con cambios en el estado de ánimo, fatiga, agitación, insomnio, ansiedad. A estos factores se suman otros de orden psicosocial, características asociados entre ellos tenemos demográficos, psicosociales y perinatales que involucran riesgos serios para la madre, el bebé e inclusive para el núcleo familiar; pueden llegar a tener un alto, medio y bajo riesgo de desarrollar síntomas de depresión postparto; siendo en varias ocasiones no diagnosticados ni tratados por el profesional de salud (50% de los casos). Dentro de los factores de riesgo tenemos:

2.3.1. CARACTERÍSTICAS BIOLÓGICAS RELACIONADAS CON LA DEPRESIÓN POSTPARTO:

Son aspectos individuales que caracterizan a la puérpera, viene a ser los aspectos hormonales, se debe resaltar que el periodo postparto se caracteriza por un rápido cambio en los niveles circulantes de diferentes hormonas; además de ser los determinantes que influyen en cuanto a la realización de ciertas acciones. Para el presente estudio se considerará los siguientes aspectos: atención prenatal, psicoprofilaxis obstétrica, tipo de parto, patología durante el embarazo, patología del recién nacido y paridad¹⁵.

2.3.1.1. Atención Prenatal: Según la Norma Técnica de Salud Atención Integral de la Salud Materna²⁴, es definida como cada una de las actividades que realiza el profesional con competencias con la gestante para su atención prenatal, en Establecimiento de Salud.

- a) **Gestante atendida:** Referida a la primera atención prenatal que recibe la gestante durante su embarazo.
- b) **Gestante controlada:** Define a la gestante que ha cumplido su sexta atención prenatal y que ha recibido el paquete básico de atención a la gestante.
- c) De acuerdo a los protocolos del Ministerio de Salud²⁴, las atenciones prenatales de la madre gestante es la siguiente: antes de los siete meses (controles mensuales), del séptimo al octavo mes (control quincenal) y del octavo al noveno mes, hasta el parto (controles semanales).
- d) **Atención Prenatal Reenfocada:** Es la vigilancia y evaluación integral de la gestante y el feto, idealmente antes de las catorce semanas de gestación, para brindar un paquete básico de intervenciones que permita la detección oportuna de signos de alarma, factores de riesgo, la educación para el autocuidado y la participación de la familia, así como para el manejo adecuado de las complicaciones; con enfoques de género e interculturalidad en el marco de los derechos humanos.²⁴

2.3.1.2. Psicoprofilaxis Obstétrica: Según la Guía Técnica para la Psicoprofilaxis Obstétrica y Estimulación Prenatal²⁵ se define como un proceso educativo para la preparación integral de la mujer gestante que le permita desarrollar hábitos y comportamientos saludables así como una actitud positiva frente al embarazo. parto. puerperio, producto de la

concepción y al recién nacido/a, convirtiendo este proceso en una experiencia feliz y saludable, tanto para ella como para su bebe y su entorno familiar. Contribuye a la disminución de complicaciones obstétricas pre y post natales al preparar física y psicológicamente a la gestante para un parto sin temor. Contribuye a la disminución de complicaciones perinatales al acordar el tiempo del proceso del parto y mejorar la oxigenación de la madre y el feto. Se considera 6 sesiones por gestante.²⁵

a) Estimulación temprana: Es el conocimiento de procesos y acciones que potencian y promueven el desarrollo físico, mental, sensorial y social de la persona humana desde la concepción hasta el nacimiento; mediante técnicas a través de la madre con la participación activa del padre, la familia y la comunidad²⁵.

2.3.1.3. Parto: Es la explosión o extracción fuera del útero del producto de la concepción de 22 o más semanas de edad gestacional y de 500 gramos o más de peso, más los anexos (placenta, cordón umbilical y membranas) ²⁵.

2.3.1.4. Tipo de Parto: El parto puede clasificarse según su finalización:

- a) Parto Eutócico:** Es el parto normal y el que se inicia de forma espontánea en una mujer, con un feto a término en presentación cefálica flexionada, posición de vértice y termina también de forma espontánea, sin que aparezcan complicaciones en su evolución²⁵.
- b) Parto Distócico:** Cuando se necesitan maniobras o intervenciones quirúrgicas para la finalización del parto.
- c) Plan de Parto:** Es el instrumento utilizado como una estrategia efectiva que busca detallar, organizar y movilizar los recursos institucionales,

familiares y comunitarios para la atención oportuna de la gestante en el momento del parto. Consta de 3 entrevista²⁵.

2.3.1.5. ANTECEDENTES DE ENFERMEDADES DURANTE EL EMBARAZO:

Las particularidades fisiológicas del embarazo, así como la susceptibilidad del feto a los distintos procesos patológicos y a algunos medios empleados para el diagnóstico y el tratamiento, hacen necesario el conocimiento todos estos aspectos y la aplicación de protocolos basados en la mejor evidencia disponible. Se presentan, clasificadas por sistemas, las patologías que con mayor frecuencia constituyen un motivo de consulta médica. A continuación mencionamos las patologías más frecuentes: trastornos respiratorios (disnea, infecciones respiratorias de las vías altas: sinusitis, bronquitis, gripe, neumonía, asma, tromboembolismo pulmonar), trastornos urológicos (pielonefritis aguda, cistitis aguda, cólico nefrítico, infecciones (infecciones de TORCH, varicela, herpes genital simple, condiloma o verrugas genitales por HPV, infección por VIH), trastornos endocrinos diabetes (hipoglucemia, cetoacidosis diabética), preeclampsia (se define como la aparición de hipertensión y proteinuria después de la semana 20 del embarazo. Se suele acompañar de edemas pero no es necesaria la presencia de éstos para ser diagnosticada. Es una enfermedad característica y propia del embarazo de la que se pueden tratar los síntomas, pero sólo se cura con la finalización del mismo y si no se trata adecuadamente puede ser causa de graves complicaciones tanto para la mujer embarazada como para el feto, eclampsia: Se denominan así las convulsiones similares a una crisis epiléptica aparecidas en el

contexto de una preeclampsia e hiperreflexia. Suponen un riesgo vital y pueden ocurrir antes, durante o después del parto.

2.3.1.6. ANTECEDENTES DE ENFERMEDADES DEL RECIÉN NACIDO: Las

enfermedades neonatales más frecuentes pueden ser categorizadas de la siguiente manera: respiratoria, hematológicas, neurológicas, ictericias e infecciones. Muchas de las complicaciones que encontramos en un recién nacido, tienden a convivir en parte con la normalidad, por esta hay que aprender al respecto para evitar sentir pánico o miedo ante la eventualidad de que el recién nacido posea algunas de las características que más adelante mencionaremos, las que no significan pase algo malo con el bebé. A continuación mencionamos las patologías más frecuentes: trastornos respiratorios (taquipnea transitoria, síndrome de aspiración meconial, enfermedad pulmonar crónica), trastornos digestivos (vómitos, diarreas, estreñimiento), anomalías de los testículos (hidrocele, criptorquidia, testículos retractiles, testículos eptópicos, en ascensor), luxación congénita de la cadera (la luxación congénita de cadera es una malformación que afecta a la articulación de la cadera), trastornos de la sangre y metabolismo (anemia, poliglobulia, hemólisis, hipoglucemia, hipocalcemia), infecciones congénitas (infección por citomegalovirus, toxoplasmosis, sífilis, rubéola, varicela, infección por virus herpes, infección por parvovirus B19, infección por enterovirus) y otras infecciones (sepsis, meningitis, osteoartritis, impétigo, onfalitis, conjuntivitis).

2.3.1.7. Paridad: Se define como la clasificación de una mujer por el número de niños nacidos vivos y de nacidos muertos con más de 28 semanas de gestación con un producto mayor de 500gr, mayor de 25 cm de talla, vivo o muerto independientemente de la salida de la placenta y de la sección del cordón umbilical; es decir es la clasificación de una mujer por el número de niños nacidos vivos que ha parido. De acuerdo a los protocolos del Ministerio de Salud, la paridad es clasificada de la siguiente manera:

- **Primípara:** Son las mujeres que por primeras vez son madres, en este periodo se encuentran con miedo e inseguridad hacia el nuevo rol que desempeñan, en donde atraviesan una crisis situacional.
- **Multípara:** Una mujer que ha dado a luz más de una vez.

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

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

2.3.2. CARACTERÍSTICAS PSICOLÓGICAS RELACIONADAS CON LA DEPRESIÓN POSTPARTO:

El comportamiento de todo ser humano está influenciado por los estímulos que recibe de su entorno. Pero la interpretación de esos estímulos está determinada por las características personales del individuo y por su estructura psicológica. Existen varios factores psicológicos de riesgo cuya presencia en una puérpera ha sido asociada con la depresión postparto, para el presente trabajo de investigación se considerará los siguientes aspectos: apoyo de la pareja y apoyo de la familia¹⁵.

2.3.2.1. Apoyo de la Pareja: Los sentimientos de la pareja puede experimentar, como ella, sentimientos contradictorios con respecto al embarazo y al futuro bebé; desde temores y preocupaciones hasta alegría, satisfacción y orgullo. También puede ocurrir que ella necesite más atención de tu parte, más cuidados, más apoyo, y todo eso puede hacer que te sientas confuso y desplazado. Cuando llegue el parto, es muy importante que intentes estar relajado y seguro, entre otras cosas porque así podrás acompañarla y ayudarla. Además debes estar preparado para hacerte cargo de las tareas que habitualmente realiza ella. Hablar y comunicarse es necesario y sirve para hacer más fuertes los lazos de cariño que unen a la pareja.

2.3.2.2. Apoyo de la Familia: Los abuelos pueden constituir una importante fuente de apoyo durante tu embarazo y sobre todo después del nacimiento. Ellos también se ilusionan con la buena noticia. Los hermanos es normal que los niños vivan con cierta dificultad los cambios que se originan con la llegada de un nuevo hermanito, ya que

la atención que recibían de vosotros se va a reducir, inevitablemente, al tener que ocuparos de la crianza del recién nacido.

En España, Maroto²⁶ en su investigación refiere que las mujeres que presentan depresión postparto cuentan con antecedentes personales de trastornos afectivos. Añade que esta condición afecta al 10-15% de las madres primíparas y suelen durar meses en remitir, por lo cual cuentan con un mayor riesgo de episodios depresivos recurrentes o eventualmente de una psicosis.

2.3.3. CARACTERÍSTICAS SOCIALES RELACIONADAS CON LA DEPRESIÓN POSTPARTO:

Son situaciones y características propias a la sociedad que influirán en el desarrollo de la persona, en este caso de la puérpera y que finalmente estos factores provocan un efecto en la madre y su niño. Existen varios factores sociales de riesgo cuya presencia en una puérpera ha sido asociada con la depresión postparto, de los cuales se tomarán en cuenta para el presente trabajo de investigación y son: edad, grado de instrucción, estado civil, ocupación y fecundidad¹⁶.

2.3.3.1. Edad: Se refiere al conjunto de los periodos en que se considera dividida la vida de una persona, o cualquiera de dichos periodos por sí solo. Una división común de la vida de una persona por edades es la de bebé, niño, pubertad, adolescente, joven, adulto, mediana edad y tercera edad.

2.3.3.2. Grado de Instrucción: Se define como un proceso permanente, sistemático y que se da a lo largo de toda la vida, es decir por el constante aprendizaje. La educación debemos entenderla como la

herramienta social y de naturaleza pedagógica para generar mujeres y hombres libres, para una sociedad libre, para intervenir en su yo y modificar su conducta, con miras a transformarlo en un ser reflexivo, crítico y participativo.

2.3.3.3. Estado Civil: Es una situación jurídica en la familia y la sociedad, determina su capacidad para ejercer ciertos derechos y contraer ciertas obligaciones, es indispensable, indisponible e imprescriptible y su asignación corresponde a la ley. Según la Instituto Nacional de Estadística e Informática⁹, afirma que el 33.0% de las mujeres eran solteras y el 56.3% de las entrevistadoras se encontraban en unión (24.1% casadas y el 32.2% en unión consensual).

2.3.3.4. Ocupación: Es definida como parte de la condición humana, los seres humanos poseen una naturaleza ocupacional; es necesaria para la sociedad y la cultura, es un elemento crucial de integridad y salud humana; es la actividad principal del ser humano a través de la cual la persona controla y equilibra su vida.

2.3.3.5. Fecundidad: Es el potencial reproductivo de un organismo o población. En el caso del ser humano, es la capacidad que tiene el individuo, hombre o mujer, de reproducirse y transmitir sus genes a su descendencia. La fecundidad viene dada por los nacidos vivos con relación a la mujer. La tasa global de fecundidad será el valor que relaciona el número de nacidos vivos con el número de mujeres que se encuentran en edad fértil (15-49 años) en un lugar determinado.

Según Instituto Nacional de Estadística e Informática ⁹ refiere que la tasa de fecundidad (TGF) en el quinquenio 2000-2015 muestra, para todos los

departamentos, niveles muy por encima de la tasa referencial de reemplazo (aproximadamente 2 hijos por mujer).

Botero²³ define la prevalencia cambia de acuerdo a las culturas y parece ser más baja en culturas con soportes sociales más fuertes (ayudan al cuidado del bebé, alimentación, presencia de rituales que liberan ansiedad, culturalmente acostumbran retornar a la familia de origen durante el periodo postparto).

Hay que tener presente que la depresión postparto afecta a mujeres de cualquier edad, nivel económico y raíces étnicas. El número de hijos que tenga la mujer no cambia las probabilidades de desarrollarla.

Pantoja²⁷ estudió los factores de riesgo en la depresión postparto, encontró que “la depresión postparto era más frecuente en mujeres jóvenes entre los 15 a los 30 años, solteras, con baja escolaridad, de ocupación su casa, en su mayoría primíparas, y con antecedentes heredofamiliares de trastornos afectivos.”

2.4. DEFINICIÓN DE DEPRESIÓN

Según la Organización Mundial de la Salud¹ define la depresión como una alteración patológica del estado del ánimo con descenso del humor que termina en tristeza, acompañada de diverso síntomas y signos de tipo vegetativo, emocionales, del pensamiento, del comportamiento y de los ritmos vitales que persisten por tiempo habitualmente prolongado (menos de 2 semanas). Con frecuencia tiende manifestarse en el curso de la vida, con aparición de varios episodios, adquiriendo un curso básico o recurrente con tendencia a la recuperación entre ellos.

2.4.1. DEPRESIÓN POSTPARTO:

Se considera depresión postparto a una enfermedad depresiva no psicótica

que ocurre en la madre durante el primer año después del nacimiento. Consiste en una fuerte vulnerabilidad a la depresión que empieza de manera importante entre las cuatro y las seis semanas postparto.

Dentro de la nomenclatura psiquiátrica, la depresión postparto es definida rigurosamente como un trastorno/episodio depresivo de inicio en el postparto (con comienzo en las seis semanas posterior al parto). En el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales¹¹ (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 leve (depresión postnatal/postparto NOS)

Gabbe y Niebyl²⁸ refiere que la incidencia de depresión postparto mayor varía del 8% al 20%. La depresión varía de leve a una depresión suicida. Puede producirse en cualquier momento hasta un año postparto. Los síntomas inician en la mayoría de los casos en las primeras cuatro a seis semanas después del parto. Pitt fue el primero en documentar la incidencia de depresión neurótica en el puerperio. Este autor encontró que el 11% las puérperas estudiadas a las 28 semanas de gestación y seis semanas después del parto desarrollaron nuevos casos de depresión durante el periodo postparto. Se ha investigado mucho en un esfuerzo por clasificar la etiología de la depresión postparto. Los niveles de estrógenos, progesterona, prolactina y cortisol no son diferentes en mujeres que padecen depresión con respecto a controles. Sin embargo, en mujeres con depresión postparto

pueden producirse cambios en el eje hipotálamo-hipófisis-suprarrenal, incluyendo la hormona liberadora corticotropina. Watson y col encontraron que la depresión postparto era menos frecuente en pacientes con una historia psicológicamente normal y un embarazo no complicado.

Reeder y Col⁶ refiere que la mujer muestra diversas respuestas emocionales durante el puerperio que pueden fluctuar de una sensación melancólica hasta una depresión más profunda que incapacita a la madre e incluso le produce reacciones psicóticas, puede suscitarse a los pocos días del parto o tal vez que no se determine como tal durante varios meses. La mujer sufre una sensación profunda y persistente de pérdida y tristeza aunada a angustia, irritabilidad, dificultades para dormir, falta de apetito, culpa, hipocondría y en ocasiones fobias. Este tipo de depresión persiste alrededor de un año después del parto. Las mujeres pueden presentar muchos de los síntomas mencionados pero además tienen sentimientos de impotencia, futilidad, vacío y soledad después del parto.

La respuesta depresiva puerperal es común y afecta del 30 al 75% de las mujeres que acaban de tener un hijo. Esta forma de cambios de humor en el postparto se debe, principalmente a la súbita caída hormonal, es de alivio espontáneo y no requiere tratamiento específico, más allá de la educación y el apoyo familiar.

Sin embargo en un estudio por Gonzales MJ, Lailla VE ²⁹ manifiesta que el estado general y depresión postparto, la atención de este aspecto de la puérpera es importante y con frecuencia no se le dedica el tiempo que merece. Más del 50% de las puérperas presentan lo que se conoce como estado de melancolía que inicia entre el tercer y el quinto día del postparto.

Se supone que el descenso de la progesterona, que ocurre tras el parto, desempeña algún papel en el desencadenamiento del cuadro, aunque es probable que influyan otros factores como la preocupación por el trabajo que le espera al regresar a casa, junto con sus ocupaciones habituales, el cuidado del niño y otros factores no bien conocidos. Es un trastorno leve que suele ceder con unos días, pero requiere una rigurosa vigilancia, proporcionando a la puérpera un apoyo psicológico, haciéndole saber que es una alteración leve que pronto se desaparecerá sin dejar secuelas. En principio no requiere tratamiento farmacológico, pero a veces puede evolucionar hacia depresión o psicosis.

De ahí la importancia de un adecuado control prenatal en las madres gestantes, con el fin de prevenir y captar de forma oportuna aquellas patologías que afectan directamente tanto a la madre como al niño, lo cual podría generar un riesgo aumentado de morbilidad y mortalidad en ambos. Tradicionalmente se sostenía que el embarazo y el puerperio se asociaban habitualmente a un estado de bienestar emocional de la mujer, pero en las últimas décadas se ha demostrado que frecuentemente se presentan modificaciones caracterológicas, síntomas depresivos y/o ansiosos específicos, en un 30 a 40% de las gestantes.

2.5. PUERPERIO:

Puerperio (puer, niño y parere, producir) se define como el periodo que va desde el nacimiento hasta la sexta semana del postparto. Durante este tiempo ocurren múltiples cambios fisiológicos, anatómicos y psicológicos que lleva a la mujer a regresar a un estado similar al que tenía previo a la gestación. Este periodo también se considera de riesgo pues

existen potenciales complicaciones como las infecciones y las hemorragias que pueden acarrear una morbilidad importante e incluso la muerte de la puérpera²³.

La Organización Mundial de la Salud² considera como período puerperal hasta seis semanas del postparto. El postparto o puerperio, es definido, como el periodo de tiempo que se extiende desde el final del alumbramiento o tercera etapa del trabajo de parto. Durante el mismo las modificaciones gravídicas de los órganos y sistemas maternos retornan al estado previo del embarazo. Se acepta que tiene un periodo de duración de 45 días o seis semanas posteriores al alumbramiento.

Sin embargo Rondón²⁰ menciona que el puerperio, es una etapa de alta vulnerabilidad psicológica para la mujer, se define como un periodo de 45 días después del parto, pero los psiquiatras convenimos en considerar puerperal todo el desorden que aparece hasta un año después del parto. En esta etapa ocurre una gama de alteraciones emocionales que van de la tristeza materna hasta la depresión mayor con manifestaciones psicóticas.

Asimismo Díaz³⁰ refiere que es necesario presentar una definición más amplia de la duración del postparto, que incluya los aspectos biológicos y psicosociales que caracterizan este periodo. Si bien la madre experimenta la recuperación de su aparato genital en las primeras semanas, no pasa lo mismo con los aspectos fisiológicos, endocrinológicos y nutricionales. Mientras una mujer está amamantando, permanece en un estado endocrinológico muy diferente al del embarazo y que difiere también de su condición previa al embarazo. Al mismo tiempo, se mantiene una demanda nutricional semejante a la del embarazo debido a la secreción de leche.

Además, su forma de vida experimenta cambios profundos en relación a las demandas de afecto y cuidado del niño/niña. Por eso, debe considerarse como postparto todo el periodo que la madre necesita para recuperar la condición endocrina y nutricional que tenía antes de embarazarse y toda la etapa de transición en que el niño o niña es tan dependiente de la madre. Este periodo es variable y puede durar algunos meses y aún más de un año si la lactancia es prolongada.

Según la Organización Mundial de la Salud² define las etapas del puerperio son:

2.5.1. ETAPAS DEL PUERPERIO: Este periodo se divide de acuerdo con el tiempo que ha pasado con respecto al parto.

2.5.1.1. Puerperio Inmediato: Comprende las primeras 24 horas luego del parto y en este periodo actúan los mecanismos hemostáticos para controlar el sangrado uterino.

2.5.1.2. Puerperio Mediato: Este abarca desde el segundo día hasta el décimo, en este inicia la lactancia propiamente dicha.

2.5.1.3. Puerperio Tardío: Inicia del día 11 al 45 y se considera que este aumento puede retornar la ovulación.

En el puerperio la mujer experimenta muchos cambios que aunque son normales, no por ello dejan de ser en algunos casos estados físicos y psicológicos potencialmente peligrosos. Los reajustes psicológicos, pueden amenazar la salud mental y la estabilidad familiar.

2.6. ETIOLOGÍA DE LA DEPRESIÓN POSTPARTO:

Botero²³ define que la etiología es multicasual y comprende una vulnerabilidad genética, asociada a los cambios hormonales durante el

embarazo, la cantidad de estrógenos y progestágenos desciende rápidamente y esto afectaría de manera clara los circuitos de neurotransmisores de serotonina y noradrenalina. De igual forma, la producción de la tiroides también pueden disminuir bruscamente después del parto, los bajos niveles de hormonas tiroideas producen síntomas similares a los del trastorno depresivo, con cambios en el estado de ánimo, fatiga, agitación, insomnio, ansiedad. A estos factores se suman otros de orden psicosocial como el estrés medio ambiental por los cambios en las rutinas de trabajo y del hogar, pérdida de control, pérdida de la figura y el hecho de sentirse menos atractiva, la percepción de estar abrumada con un nuevo bebe a quien cuidar y las dudas sobre su capacidad de ser buena madre, además de un deficiente soporte social.

2.6.2. Factores Biológicos: Entre los aspectos hormonales, se debe resaltar que el período postparto se caracteriza por un rápido cambio en los niveles circulantes de diferentes hormonas. Durante el embarazo, los niveles de estrógenos (estradiol, estriol y estroma) y de progesterona presentan un aumento constante que, en parte, es el resultado de la producción placentaria de estas hormonas. 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 hasta el quinto día del postparto³⁰.

a) **Esteroides Gonadales:** El estradiol y el estriol son las formas biológicamente activas de los estrógenos que son producidos en la placenta y aumentan durante el embarazo entre 100 y 1000 veces, respectivamente. La síntesis del estriol resulta de la actividad

metabólica del hígado fetal; éste se produce en altas concentraciones durante el embarazo. La brusca disminución en los niveles de estradiol posterior al parto, podría explicar teóricamente la depresión postparto. (Pearson Murphy BE, 2001). Los niveles de B endorfina, hormona gonadotropina coriónica humana y cortisol también aumentan durante el embarazo y alcanzan su pico máximo cerca al término del embarazo y declinan en el parto. Los niveles elevados de estrógenos durante el embarazo estimulan la producción de la globulina fijadora de hormona tiroidea, lo que conduce a un aumento en la fijación de T3 (triyodotironina) y T4 (tiroxina), así como a una caída simultánea de T3 y T4 libre. En consecuencia, la hormona estimulante de la tiroides (TSH) aumenta para compensar la baja cantidad de hormonas tiroideas libres.

- b) **Hormonas Tiroideas:** La incidencia de la función tiroidea anormal aumenta levemente después del parto. En los seis meses posteriores al parto, las mujeres experimentan algún tipo de disfunción tiroidea, entre un 7 y 23% comparado con un 3 a 4% en la población general. Aunque la disfunción tiroidea no ha sido identificada como un factor determinante en la mayoría de mujeres que desarrollan depresión postparto sin psicosis, puede jugar un papel importante en un subgrupo de mujeres. Un estudio prospectivo de 303 mujeres embarazadas, eutiroides, muestra que 21 mujeres (7%) desarrolló trastornos tiroideos postparto. La depresión postparto sin psicosis se identificó en 38% de esas mujeres y se resolvió con posterioridad al tratamiento. Durante el puerperio, algunas mujeres sin una clara

disfunción tiroidea pueden tener algún grado de patología tiroidea. Se han encontrado anticuerpos tiroideos en 11.6% de las mujeres en el postparto.

- c) **Cortisol:** Los niveles de cortisol registran su pico máximo al final del embarazo debido a la producción placentaria de corticoliberina (CRH), niveles que caen bruscamente en el momento del parto. Algunos autores sugieren que los altos niveles de cortisol que se registran durante el embarazo, como resultado de la producción de CRH, después del parto producen supresión en la glándula suprarrenal y si ésta es demasiado sostenida y grave, puede contribuir a los cambios en el estado de ánimo. Para SitD y cols; 2006).
- d) **Factores Psicosociales:** Madres solteras y primíparas (mayor riesgo), reducción del apoyo socio familiar en el período perinatal, la relación con la pareja y con la propia madre.
- e) **Factores Psicodinámicos:** La mayoría de los autores hacen intervenir el rechazo del niño como uno de los factores esenciales de las melancolías puerperales: rechazo consciente (niño no deseado) o, más a menudo, inconsciente que emana de la ambivalencia profunda que marca la relación madre e hijo, “rechazo combatido tanto por la culpabilidad como por el amor maternal”.

El riesgo más alto es el haber sufrido un episodio previo de psicosis postparto. Estas pacientes tienen hasta un 70% de probabilidades de sufrir un nuevo trastorno severo en un embarazo subsiguiente. De manera similar, aquellas mujeres que desarrollan depresión postparto muestran un índice de recurrencia de hasta 50%. Mujeres con trastornos bipolares

muestran también un riesgo comparativamente elevado de desarrollar cualquier trastorno severo en el puerperio, y en el embarazo más si se suspenden los estabilizadores del estado de ánimo.

Según Rondón²⁰ refiere que “Desafortunadamente, hay estudios que señalan que los médicos no diagnostican adecuadamente los trastornos emocionales en la gestación y que las propias familias niegan la existencia de un trastorno, atribuyéndolo a cambios normales”. Lo que sabemos actualmente es que el bienestar emocional durante la gestación es un asunto bastante habitual que no se presta a generalizaciones derivadas de las teorías psicodinámicas clásicas, sino que más bien se relaciona con: estabilidad emocional previa, actitudes hacia la feminidad, la relación con la madre, la relación con el esposo, la preparación para las tareas de la crianza, enfermedad mental previa, presencia de otros niños, apoyo práctico, aborto inducido previo.

Vargas⁵ afirma que la mayor parte de la investigación sobre la depresión postparto ha buscado causas biológicas o psicosociales de ella, tales como cambios hormonales, edad maternal y número de alumbramientos, historia psiquiátrica, atmósfera marital, etc. Al momento se le ha dado poca consideración al impacto del contexto cultural del periodo postparto como causa de la depresión, factores tales como la organización de la familia y el grupo social, el papel de las expectativas de la propia madre y de las que pudieran mostrar otros familiares o personas significativas, etc. Aunque la depresión postparto es un trastorno tratable, muchas mujeres que lo padecen no reconocen tener este problema.

Un estudio realizado en mujeres con depresión postnatal (Whitton, Warner & Appleby, 1996)) mostró que cerca del 90% se percató que algo andaba mal, sin embargo menos del 20% reportó sus síntomas ante algún médico. De esta muestra, solo un tercio consideró tener una depresión postparto. De acuerdo con los datos de otro estudio (Walter, 1997), se estima que solo el 20% de las pacientes con este desorden reciben un manejo de salud mental. Un campo de investigación más reciente se refiere a la actividad de la prolactina durante el puerperio. Los niveles de prolactina forman una curva inversa a la de los niveles de estrógenos y progesterona durante el periodo postparto, por lo que razonablemente se ha asumido que las madres que no amamantan a sus bebés y producen un rápido declive en su prolactina, podrían tener una depresión postparto. Diversas investigaciones han concluido que el nacimiento del primer hijo representa un estrés único y se correlaciona con la depresión de manera más fuerte, que en el caso del segundo o el tercer parto (Kruckman & Smith, 2008).⁵

A su vez debe asistir al control de puerperio según Ministerio de Salud²⁴ establece el control de puerperio a los 7 y 30 días, con el objetivo de realizar la identificación de signos de alarma, resolver inquietudes con respecto a los cuidados en esta etapa, brindar consejería en planificación familiar, fomentar lactancia materna exclusiva y la identificación de factores de riesgo en el ambiente de la madre.

2.7. CUADRO CLÍNICO DE LA DEPRESIÓN POSTPARTO:

Según Buist³¹, en la depresión postparto los síntomas que presentan son:

2.7.2. Alteraciones Emocionales: Son las más significativas, tristeza, anhedonía, astenia, adinamia, llanto fácil, progresiva del rendimiento y

al abandono de las actividades habituales, sobre todo aquellas que requieren una iniciativa personal.

2.7.3. Alteraciones Somáticas: Son múltiples, siendo las más habituales las alteraciones del sueño (más superficial, con dificultades para su conciliación incluso aunque alguien esté cuidando al bebé, y con despertares frecuentes) y alteraciones del apetito.

- a) **Irritabilidad:** La irritabilidad con frecuencia acompaña a la sensación de tristeza. La paciente puede estar irritable con sus otros hijos y ocasionalmente incluso con el recién nacido, aunque la mayoría de las veces lo está con su marido quien no suele comprender qué es lo que está pasando.
- b) **Fatiga:** Todas las nuevas madres se sienten un poco abrumadas y fatigadas, pero la madre con depresión postparto se siente tan agotada que llega a pensar que padece alguna enfermedad física.
- c) **Insomnio:** Cuando por fin la madre se va a la cama puede que tenga dificultad para conciliar el sueño, o si duerme, puede que se despierte muy pronto, incluso aunque su pareja sea quien se ocupe de alimentar al bebé durante la noche.
- d) **Pérdida de Apetito:** Las madres deprimidas generalmente no tienen ni tiempo ni ganas de comer lo cual contribuye a que se sientan malhumoradas y agotadas. Algunas madres deprimidas comen en exceso para aliviar su malestar psicológico y luego se sienten culpables y molestas con su gordura.
- e) **Incapacidad para Disfrutar:** Lo que antes era un placer ahora no apetece y lo que antes interesaba ahora se convierte en aburrido.

Esto es especialmente cierto en el caso de las relaciones sexuales. Algunas mujeres recuperan el interés por el sexo (si es que en algún momento lo perdieron) antes de que transcurran 6 semanas del parto, pero las madres con depresión postparto suelen rechazar cualquier contacto sexual lo cual puede generar tensión en la pareja.

- f) **Desbordamiento:** Las madres con depresión postparto tienen la sensación de no disponer de tiempo para nada, de no hacer nada bien y de no poder hacer nada para remediarlo. A estas pacientes les resulta realmente difícil el establecer nuevas rutinas para poder hacer frente al bebé y a la nueva situación que viven.
- g) **Ansiedad:** Suele ser aguda y se puede presentar en forma de temor a quedarse sola con el bebé por miedo a que este grite, no quiera comer, se ahogue, se caiga o se haga daño de cualquier otra forma. Algunas madres deprimidas perciben a su bebé como un objeto. En vez de sentir que han dado a luz a la criatura más cariñosa y adorable del mundo se sienten distantes de su hijo, al cual perciben como un pequeño ser misterioso y extraño, cuyos pensamientos (de tener alguno) son insondables y cuyas necesidades y emociones deben ser en algún modo satisfechas.

2.7.4. Respuestas Emocionales: Al respecto Gabe y Niebyl²⁸ refiere que las reacciones psicológicas experimentadas tras un parto incluyen un cuadro frecuente, relativamente leve, fisiológico y transitorio denominado "tristeza de la maternidad" (50% a 70% de mujeres). La verdadera depresión se da en un 80% a un 20%, y la psicosis puerperal franca en un 0.14% a un 0.26%. Aunque la etiología

específica de estas alteraciones psicológicas es desconocida, no se trata de manifestaciones de distinta severidad de un único trastorno de base. Aunque los síntomas psicológicos y psiquiátricos son a menudo un continuo, las enfermedades específicas de depresión postparto y psicosis postparto son bastantes diferentes.

Entonces las reacciones emocionales es un término utilizado para describir los cambios en el estado de ánimo y los estados depresivos que ocurren en la madre después del nacimiento. La mujer muestra diversas respuestas emocionales durante el puerperio que pueden fluctuar de una sensación melancólica hasta una depresión más profunda que incapacita a la madre e incluso le produce reacciones psicóticas, por ejemplo podemos mencionar:

- a) **Reír:** Es manifestar alegría con ciertos movimientos del rostro; la risa es una respuesta biológica producida por el organismo como respuesta a determinados estímulos. La sonrisa se considera una forma suave y silenciosa de risa. La risa es un «balbuceo lúdico, instintivo, contagioso, estereotipado y de control subconsciente o involuntario que raramente se produce en soledad». En los seres humanos, la risa se inicia, en promedio, hacia los dos meses de edad, y según los recientes estudios científicos, constituye una forma de comunicación innata heredada de los primates e íntimamente relacionada con el lenguaje.
- b) **Placer:** Es definido como una sensación o sentimiento positivo, agradable o eufórico, que en su forma natural se manifiesta cuando un individuo consciente satisface plenamente alguna necesidad: bebida, en el caso de la sed; comida, en el caso del hambre; descanso (sueño), para la fatiga; sexo para la libido; diversión(entretención), para el

aburrimiento; y conocimientos (científicos o no científicos) o cultura (diferentes tipos de arte) para la ignorancia, la curiosidad y la necesidad de desarrollar las capacidades.

- c) **Culpabilidad:** Proceso psicológico que se da ante la experiencia subjetiva de la culpabilidad. Supone un estado afectivo consciente o inconsciente ante la creencia de haber infringido alguna ley, principio ético o norma, sean estas reales o imaginarias, y que produce malestar continuado. La función del sentimiento de culpa es la expresión del miedo de ser censurado o desaprobado, la defensa contra ese miedo y la defensa contra el impulso de acusar a los demás. Este estado teje una estructura neurótica en el comportamiento que se manifiesta en la relación real o ficticia con el otro.
- d) **Preocupación:** Se define como una ocupación anticipada ofuscación del entendimiento. Esta está vinculada a generar zozobra o nerviosismo, o a ocuparse con antelación de algo. Otras pueden persistir en el tiempo y derivar en problemas psicológicos como trastornos de ansiedad o incluso depresión. Una preocupación tiene su base en algo que puede resolverse o solucionarse. Es normal que toda las personas experimenten preocupaciones de distintos tipos.
- e) **Miedo:** Es una reacción emocional radical ante lo que la mente considera, en una circunstancia determinada, como un peligro para su integridad. La situación puede ser real o imaginaria, en virtud de que tanto lo real, como lo imaginario, producen el mismo efecto mental.
- f) **Pánico:** Un ataque de pánico consiste en un periodo discreto de intenso miedo, aprensión, terror o malestar que va acompañado

frecuentemente de una sensación de peligro o catástrofe inminente y de un impulso a escapar y durante el cual cuatro o más de los siguientes trece síntomas aparecen de repente y alcanzan su máximo en 10 minutos o menos: palpitaciones o ritmo cardíaco acelerado; sudoración; temblores o sacudidas; sensaciones de falta de aire o ahogo; sensación de atragantamiento, etc.

- g) **Tristeza:** Se define como apesumbrado, afligido, deorable. Es un estado anímico o afectivo, de contenido negativo, donde la persona siente abatimiento, deseos de llorar, expresado o no, y baja su autoestima. Estado afectivo provocado por un decaimiento de la moral. La tristeza cuando se prolonga en el tiempo, e impide realizar las tareas cotidianas, puede convertirse en depresión, que se caracteriza, entre otras cosas (abatimiento general de la persona, descenso de la autoestima y sentimientos de pesimismo, desesperanza y desamparo), por una tristeza profunda y crónica.
- h) **Llorar:** Derramar lágrimas, el acto de llorar es uno de los más comunes que puede llevar a cabo el ser humano y en la mayoría de las ocasiones el llanto, el producto de llorar, surge de manera natural y espontánea como respuesta consciente o inconsciente ante determinadas circunstancias, eventos o situaciones. Cuando una persona llora, independientemente de cuál sea la razón por la cual lo hace, se encuentra en una situación de mucha emotividad, de extrema tristeza, felicidad o emoción. Normalmente, sin embargo, se relaciona al llanto con emociones de tristeza y angustia.

Medina³² en su estudio refiere que el cuadro clínico de la depresión postparto son: estado de ánimo deprimido, tristeza o llanto persistente y disminución del interés o de la capacidad para disfrutar de casi todas las actividades, cambios en los patrones de alimentación y sueño (principalmente insomnio), cansancio o fatiga crónica, ansiedad que puede llegar hasta los ataques de pánico, sentirse abrumada, indefensa e incapaz, autodesvalorización y autorreproche, generalmente relacionados a su competencia como madre, dificultad, reticencia o imposibilidad de buscar ayuda y apoyo para sí misma, irritabilidad, problemas de atención, concentración y memoria, dificultad para vincularse con él bebe, sentimientos de ambivalencia hacia el hijo, sobreprotección del menor, dificultades y/o imposibilidad de cuidar al recién nacido, pensamientos obsesivos y conductas compulsivas, relacionados con el hijo (p.ej. revisar constantemente cuando está dormido para ver si respira) y con su cuidado (p. ej. lavar y desinfectar), pensamientos negativos hacia él bebe, especialmente creer que lo puede dañar, sentimientos de culpa, pensamientos de dañarse a sí misma o al bebe, pensamientos atemorizantes e ideación suicida.

Sin embargo, la depresión postparto puede desarrollarse aun cuando el amor por el recién nacido sea intenso. En estos casos, la madre teme desesperadamente perder a su precioso bebé por no cuidarlo bien, porque no se desarrolle adecuadamente, por una infección o bien teme que muera súbitamente. Un simple catarro puede causar una gran preocupación. La madre puede obsesionarse con el peso del bebé y alarmarse si llora demasiado o incluso si pasa mucho tiempo en silencio, llegando a pensar: ¿habrá dejado de respirar?. Es frecuente que la puérpera desee ser

constantemente tranquilizada por su pareja, su familia, su médico o cualquier otra persona.

La ansiedad también puede hacer a la madre preocuparse por su propia salud. Puede sentir pánico cuando su pulso se acelera o si tiene alguna palpitación, llegando incluso a pensar que tiene algo malo en el corazón o que está al borde de un accidente cerebrovascular. En ocasiones se siente tan debilitada que piensa que tiene alguna enfermedad terrible y que nunca volverá a tener energía de nuevo. Estas sensaciones extrañas e inusuales le harán plantearse la pregunta ¿Me estoy volviendo loca? .El temor de quedarse sola con todas estas preocupaciones puede dar lugar a que incluso la mujer más capaz se sienta tan indefensa que no desee que su marido vaya al trabajo.

2.8. DIAGNÓSTICO DE LA DEPRESIÓN POSTPARTO:

La alta prevalencia de depresión postparto registrada y sus graves repercusiones en la relación materno infantil, así como en el desarrollo integral del recién nacido llevó a múltiples investigadores a idear una herramienta que permita realizar un tamizaje a las puérperas con el fin de realizar un diagnóstico precoz, tratamiento oportuno y evitar las complicaciones de depresión postparto.

Para un diagnóstico exacto es importante establecer unas líneas generales de actuación: historia clínica completa y examen físico, identificación de los grupos de riesgo, información, educación, relación médico-paciente. Muchos estudios reportan una serie de métodos la evaluación de la depresión postparto, sin embargo, existe consenso que el mejor instrumento de tamizaje es la Escala de depresión de Edimburgo, diseñada especialmente para

reconocer síntomas anímicos en mujeres puérperas. Sus ítems se agrupan básicamente en torno a dos factores: tristeza y ansiedad; tiene una consistencia interna adecuada, 100% de sensibilidad y 80% de especificidad. Ha sido validada en diversos países y culturas, con resultados que permiten justificar su uso como instrumento de tamizaje, logrando su mayor sensibilidad con un punto de corte entre 9 y 10 puntos.

2.8.2. ESCALA DE DEPRESIÓN POSTPARTO DE EDIMBURGO:

Así se creó la escala de depresión postparto de Edimburgo publicada por Cox, Holden y Sabovsky en 1987, que ha sido utilizada en diferentes investigaciones en varios países y culturas, constituyendo una herramienta eficiente y valiosa de evaluar a pacientes en riesgo de depresión perinatal. En el trabajo de investigación se aplica la versión traducida al español por el Departamento de Psicología por la Universidad de Iowa (Moreno Zaconeta, Domínguez Casularida Motta, Franco, 2004). Se creó para asistir a los profesionales de la atención primaria de salud, que fue diseñada específicamente para reconocer síntomas depresivos típicos en puérperas, sus ítems analizan la depresión desde dos factores principales, la tristeza y la ansiedad.¹⁴

El modelo tradicional consta de 10 preguntas de opción múltiple, con cuatro literales cada una (VER ANEXO 1), a las que corresponde un puntaje entre 0 y 3 de acuerdo a la severidad de la sintomatología depresiva. De esta manera la escala se califica sobre un total de 30 puntos. Se evalúa en base a 5 parámetros: disforia con 5 preguntas “1, 2, 7, 8, 9”, ansiedad con 2 preguntas “4 y 5”, sentimiento de culpa con 1 pregunta “3”, dificultad de concentración 1 pregunta “6”, ideación suicida, “10”. Las preguntas “1-2 y 4” se clasifican de 0-

3 de forma ascendente y las preguntas “3-5-6-7-8-9-10” se califican de 3-0 en forma descendente.

De acuerdo a la calificación obtenida en la escala definimos dos grupos: aquellas mujeres con una puntuación entre 0-9 no tienen depresión postparto y aquellas con puntuaciones superiores a 10 o más tienen alto riesgo de tener depresión postparto; además las mujeres que tengan 1 o más puntos en la pregunta número 10 sin importar su puntaje en la EDPE, se considera que tiene un alto riesgo de tener depresión postparto.

En varios estudios se ha concluido que esta escala es válida y segura para detectar depresión postparto con una sensibilidad de 90% y una especificidad de 82%. Además que es un instrumento sencillo, fácil de aplicar pues no existen mayores problemas de comprensión de los ítems que se preguntan.

2.9. CONSECUENCIAS DE LA DEPRESIÓN POSTPARTO:

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 postparto. Estas investigaciones han encontrado consecuencias negativas a nivel del vínculo madre - hijo (a) y el desarrollo infantil, tanto en términos emocionales, conductuales como cognitivos. Hall y Cols, por ejemplo, encontraron que los pre adolescentes cuyas madres presentaron una depresión a los tres meses de tenerlos; es decir, sufrieron de depresión postparto, tuvieron coeficientes intelectuales significativamente más bajos que los niños cuyas madres no se deprimieron en ese período. En otro estudio, este grupo de investigadores dio a conocer una asociación entre depresión postparto materna y violencia en los hijos (as), aun considerando la depresión durante la gestación, su historia de depresión y las características

de la familia. Los hijos (as) se mostraron más violento (a) si las madres habían estado deprimidas al tercer mes postparto 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.

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

2.9.2. En la Madre: La enfermedad suele acompañarse de sufrimiento emocional y ocasiona deterioro importante en la calidad de vida, afectando las diversas áreas de funcionamiento de la paciente. Además, la mujer que experimenta un episodio depresivo en el postparto queda expuesta a mayor riesgo de futuros episodios depresivos, tanto en nuevos puerperios como en cualquier otro momento de la vida. Aunque las tasas de suicidio en el periodo puerperal son menores que en periodos no puerperales, éste se considera una causa importante de mortalidad materna en algunos países.

Un estado depresivo de meses o de años puede llegar incluso a ser incapacitante para la mujer. Si una mujer ha sufrido antes de depresión postparto, tiene un 70% de probabilidades de sufrirla de nuevo. Para Poo⁸ afirma que cuando la madre tiene un parto, ésta puede tener sentimientos de

pérdida, sentimientos asociados a un duelo, como pena, miedo, etc.; porque cuando el bebé estaba dentro del útero, no había que hacer nada, y todos estaban felices, en cambio, cuando que ya nació el bebe, la situación no es tan simple, ya que el bebé demanda tiempo y energía.

- a) **Rechazo por su propio hijo:** Si empieza a pasar el tiempo, donde el sentimiento es de mucha inestabilidad emocional, de mucho sentimiento de rechazo del bebé, eso puede producir una alteración en el vínculo madre-hijo. Puede que le falte energía, tenga problemas para concentrarse, sea irritable, y no pueda llenar la necesidad de amor y afecto del bebé.
 - b) **Deseo de homicida:** Esto vendría siendo el caso extremo y patológico del rechazo de una madre hacia su hijo.
 - c) **Sentimientos de culpabilidad:** Puede correr peligro el hijo y la misma madre que puede atentar contra su vida al sentir sentimientos de culpa por no ser capaz de cuidar a su propio hijo. Incluso se ha llegado a establecer que a pesar de que existen unas tasas bajas de suicidio de mujeres en el periodo postnatal, aquellas que desarrollan una depresión grave, sobre todo en el primer año tras el parto, están en un riesgo elevado de cometer suicidio.
- 2.9.3. En el Niño:** En lo que respecta al hijo. Las madres deprimidas tienen menos disposición a estimular a sus hijos mediante interacciones vocales, físicas y de juego, además tienden a percibir a su hijo de una manera negativa, se les dificulta más su cuidado y manifiestan aislamiento materno y hostilidad. Las mujeres con depresión postparto pueden mostrarse menos dispuestas a iniciar y mantener la

lactancia materna, y se ha identificado que los síntomas depresivos preceden usualmente la interrupción temprana de ésta.

- a) Alteración en la vida del bebé:** Se altera la calidad del vínculo de la madre con su hijo. eso implica que el bebé tenga una privación de la disposición de la madre hacia él, por ende, va a existir una alteración de la vida de ese ser humano. afecta al bebé causando retrasos en el desarrollo del habla, problemas emocionales, problemas de comportamiento, nivel de actividad bajo, problemas para dormir, y angustia o sufrimiento.⁹

2.10. TRATAMIENTO DE LA DEPRESIÓN POSTPARTO:

Gabbe y Niebyl²⁸ menciona que el tratamiento de la depresión postparto debe comenzarse precozmente. El tratamiento óptimo incluye tanto una serie de recomendaciones a la paciente como el uso de medicación. En el pasado se ha descrito la utilización de los antidepresivos triciclos (nortriptilina o dispramida), pero estudios recientes sugieren que los inhibidores de la recaptación de la serotonina (fluoxetina, paroxetina o sertralina) son igualmente eficaces y tienen menos efectos colaterales. Estos agentes son considerados seguros para la lactancia. Otros tratamientos incluyen sustitutos de los estrógenos.

Cuando una paciente realiza una pregunta aparentemente inocua debe realizarse dos a tres preguntas abiertas sobre su estado general. Estas preguntas permiten descartar si hay una depresión subyacente en la que la paciente se siente demasiado culpable o este demasiado asustada para expresarlo en un principio. Por ejemplo pregúntele: ¿Cómo cree Ud. que van las cosas?, ¿Cómo van las cosas con tu bebe?, ¿Se siente Ud. como

esperaba?. Además es recomendable que ambos padres sean advertidos antes del alta del hospital de que si la tristeza de la maternidad parece estar durando más de dos semanas o se hace demasiado difícil de manejar, deberían de consultar²³.

Como se mencionó, en cuanto al tratamiento de la depresión postparto no psicótico, se deben considerar tanto las psicoterapias como los tratamientos farmacológicos.

2.10.2. Intervenciones Psicoterapéuticas:

Para las mujeres en riesgo pero que permanecen asintomáticas, o aquellas con síntomas de depresión postparto, se recomiendan medidas de orden general, como la psicoeducación. Básicamente, consiste en explicarle a la madre y a la familia, la naturaleza del trastorno que aqueja a la paciente, haciendo hincapié en que se trata de una enfermedad y no de derrota o fracaso personal, modo de conceptualizar el trastorno que uno a menudo encuentra en la práctica clínica. Es aconsejable descartar alteraciones de las hormonas tiroideas. Las psicoterapias avaladas por la investigación científica, para ser usadas en esta etapa de la vida, son la cognitivo-conductual y la interpersonal. Esta última se focaliza en la transición de roles y en la adquisición de nuevas destrezas vinculadas a la maternidad.²³

La psicoterapia cognitiva conductual e interpersonal ha demostrado eficacia en el tratamiento de la depresión postparto. Las intervenciones en la pareja han demostrado mejorar la salud mental de la paciente y de su compañero, con el consiguiente beneficio para el grupo familiar. Para las mujeres en las que la depresión ha interferido en el desarrollo de la relación con el hijo, el rol de la pareja acompañándola, la implementación de

masajes al niño y otros ejercicios de acercamiento pueden mejorar la interacción de la díada. Lo ideal es acompañar este tipo de terapia junto con tratamiento farmacológico.

Estas son algunas medidas que puede tomar, que otras madres con depresión postparto han encontrado útiles:

- Encuentre una persona con quien hablar y cuénteles lo que está sintiendo.
- Póngase en contacto con personas que puedan ayudarla en el cuidado del niño, las tareas domésticas y los mandados. Esta red de apoyo social la ayudará a encontrar tiempo para usted, de modo que pueda descansar.
- Encuentre tiempo para hacer algo por usted misma.
- Lleve un registro todos los días, anote sus emociones y lo que está sintiendo. Esta es una forma de dejar salir sus pensamientos y frustraciones. Una vez que comience a sentirse mejor, puede ir y leer su registro. Le ayudará a ver cuánto mejor está.
- Incluso si solo puede lograr realizar una actividad por día, recuerde que es un paso en la dirección correcta.
- Está bien sentirse abrumada. Un parto trae muchos cambios y la crianza de los hijos es todo un desafío.
- Sea sincera con respecto a cuánto puede hacer y pida ayuda a otras personas cuando la necesite.

2.10.3. Farmacoterapia:

La literatura consultada indica en que cada caso debe considerarse de forma individual, valorando riesgos y beneficios. Los psicofármacos

(neurolépticos, benzodiazepinas, litio, antidepresivos, antiepilépticos, opiáceos) se secretan en la leche materna. Las concentraciones de psicótopos varían enormemente y dependen de cada fármaco y del metabolismo materno. Todas las mujeres deberán ser informadas de que el fármaco se excreta en pequeñas cantidades en la leche materna. Pero la exposición neonatal parece tener una tasa baja de efectos adversos, sin embargo, los efectos a largo plazo sobre en el desarrollo cerebral son todavía poco conocidos.

Se cuenta con una extensa información sobre la utilización de antidepresivos tricíclicos durante el embarazo, los cuales parecen ser seguros y no asociarse con la aparición de malformaciones congénitas (ni siquiera administrados en el primer trimestre). Aparecen en la leche materna en concentraciones similares a las del plasma. Pero sus efectos colaterales de índole anticolinérgico limitan su uso.

Para Cols⁵ en su estudio, los medicamentos más indicados son los inhibidores de la recaptación de la serotonina selectivos, en vista de su aparente superior eficacia en mujeres, su efecto ansiolítico, poco efecto sedante y por ser muy bien tolerados.

2.11. MARCO CONCEPTUAL:

DEPRESIÓN POSTPARTO: Enfermedad depresiva no psicótica que ocurre en la madre durante el primer año después del nacimiento. Consiste en una fuerte vulnerabilidad a la depresión que empieza de manera importante entre las cuatro y las seis semanas postparto.

REÍR: Es manifestar alegría con ciertos movimientos del rostro; la risa es una respuesta biológica producida por el organismo como respuesta a

determinados estímulos.

PLACER: Es definido como una sensación o sentimiento positivo, agradable o eufórico, que en su forma natural se manifiesta cuando un individuo consciente satisface plenamente alguna necesidad.

CULPABILIDAD: Proceso psicológico que se da ante la experiencia subjetiva de la culpabilidad. Supone un estado afectivo consciente o inconsciente ante la creencia de haber infringido alguna ley, principio ético o norma, sean estas reales o imaginarias, y que produce malestar continuado.

PREOCUPACIÓN: Se define como una ocupación anticipada ofuscación del entendimiento. Está vinculada a generar zozobra o nerviosismo, o a ocuparse con antelación de algo.

MIEDO: Es una reacción emocional radical ante lo que la mente considera, en una circunstancia determinada, como un peligro para su integridad.

PÁNICO: Un ataque de pánico consiste en un periodo discreto de intenso miedo, aprensión, terror o malestar que va acompañado frecuentemente de una sensación de peligro.

TRISTEZA: Es un estado anímico o afectivo, de contenido negativo, donde la persona siente abatimiento, deseos de llorar, expresado o no, y baja su autoestima.

LLORAR: Derramar lágrimas, el acto de llorar es uno de los más comunes que puede llevar a cabo el ser humano y en la mayoría de las ocasiones el llanto, el producto de llorar, surge de manera natural y espontánea como respuesta consciente o inconsciente ante determinadas circunstancias, eventos o situaciones

CAPITULO III

METODOLOGÍA

3.1. TIPO DE ESTUDIO:

La investigación fue de tipo descriptivo-analítico con diseño transversal correlacional porque estuvo dirigida a recabar información en un determinado tiempo asimismo permite describir y comparar la asociación sobre la variable características biológicas, psicológicas, sociales y la depresión postparto en puérperas.³³

3.2. ÁMBITO DE ESTUDIO:

La investigación se realizó en el Establecimiento de Salud I-4 José Antonio Encinas, en los consultorios de Obstetricia y de Crecimiento y Desarrollo del niño menor de 5 años. Está ubicado al Noroeste de la ciudad de Puno, situado a 3840 msnm. a orillas del Lago Titicaca, específicamente en el barrio José Antonio Encinas, Jr. Los Andes N°370. Fue fundado un 22 de abril del año 1986, como Establecimiento de Salud del primer nivel, conformando la Micro Red José Antonio Encinas, siendo cabecera de la misma, actualmente está categorizado como primer nivel de atención y cuarto nivel de complejidad (I-4); brinda servicios en: hospitalización, servicios básicos en consultorios y servicios administrativos; se circunscribe

a 12 barrios urbano marginales. La población adulta realiza trabajos eventuales en un 70% siendo en su mayoría comerciantes, tricicleros, obreros, agricultores, el 20% tiene trabajo estable, entre ellos profesores, personal de servicio, pequeños empresarios, el 10% son profesionales dependientes e independientes³⁴.

Las madres que acuden al Establecimiento de Salud José Antonio Encinas, en la mayoría son migrantes de los distritos del norte del Departamento de Puno, viven en la zona periurbana de la ciudad de Puno, el ingreso económico en el hogar es aportado por su pareja y algunas madres contribuyen con el ingreso económico; son hablantes del idioma quechua, aymara y castellano, se dedican a realizar actividades domésticas, actividades en la agricultura, trabajos eventuales y profesionales; con grado de instrucción de primaria, secundaria y nivel superior incompleta como completa; con estado civil de convivientes, madres solteras, y minoritariamente casadas; estas familias conviven respetando su interculturalidad de sus antepasados hasta la actualidad.

3.3. POBLACIÓN Y MUESTRA:

3.3.1. POBLACIÓN: La población de estudio estuvo constituida por 179 puérperas tomando como referencia las puérperas atendidas en el 2015.

3.3.2. MUESTRA: Se calculó con la siguiente fórmula.

$$n = \frac{N * Z^2 + p * q}{(N-1) + e^2 + Z^2 * p * a}$$

LEYENDA:

n= Tamaño de la muestra

z = Nivel de confianza 95% (0.95)

p y q = Son las proporciones de muestreo ($p + q = 1$)

e^2 = Error muestral (0.05)

DETERMINACIÓN DEL TAMAÑO DE LA MUESTRA APLICANDO LA FÓRMULA:

a. Reemplazamos en la fórmula los valores hallados.

$$n = \frac{179 * (1.96)^2 + (0.9) * (0.1)}{(179-1) + (0.05)^2 + (1.96)^2 * (0.9) * (0.1)}$$

$$n = \frac{179 * (3.8416) (0.09)}{178 * (0.0025) + (3.8416) (0.09)}$$

$$n = \underline{61.88} = 78.3$$

$$n = 78$$

La muestra estuvo constituida por 78 puérperas primíparas y múltiparas.

CRITERIOS DE INCLUSIÓN:

- Puérperas que recibieron atención en el EE.SS. José Antonio Encinas.
- Puérperas de 16 años a más.
- Puérperas que se encuentren en el puerperio inmediato, mediano y tardío (45 días).
- Puérperas que firman el Consentimiento libre e informado.

3.4. VARIABLES:

3.4.1. VARIABLE INDEPENDIENTE:

Características biológicas, psicológicas y sociales.

3.4.2. VARIABLE DEPENDIENTE:

Depresión postparto.

3.5. OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES:

VARIABLE	DIMENSIÓN	INDICADOR	CATEGORIA	INDICE	INSTRUMENTO
<p>Depresión Postparto</p> <p>Son respuestas emocionales que ocasiona cambios en el estado de animo y los estados depresivos que ocurren en la madre después del parto hasta el año después del nacimiento del bebé.</p>	<p>Respuestas emocionales</p>	➤ Culpabilidad sin necesidad cuando las cosas no salían	Siempre A veces Ocasionalmente Nunca	3 2 1 0	<p><10: sin depresión postparto</p> <p>>10: con depresión postparto.</p>
		➤ Nerviosismo o inquietud sin motivo alguno.	Nunca Ocasionalmente A veces Siempre	0 1 2 3	
		➤ Miedo o asustadiza sin motivo alguno.	Siempre A veces Ocasionalmente Nunca	3 2 1 0	
		➤ Problemas diarios que causan preocupación y gran sufrimiento.	Siempre A veces Ocasionalmente Nunca	3 2 1 0	
		➤ Infelicidad que causa dificultad para dormir.	Siempre A veces Ocasionalmente Nunca	3 2 1 0	
		➤ Sentimiento de tristeza y desgracia sin motivo.	Siempre A veces Ocasionalmente Nunca	3 2 1 0	
		➤ Infelicidad que promueve.	Siempre A veces Ocasionalmente Nunca	3 2 1 0	
		➤ Ideación del daño personal.	Siempre A veces Ocasionalmente Nunca	3 2 1 0	

*Según Escala de Depresión Postparto de Edimburgo.

VARIABLE	DIMENSIÓN	INDICADOR	CATEGORIA	INDICE	INSTRUMENTO
<p>Características</p> <p>Es una cualidad o circunstancia que es propia o peculiar de una persona por la cual se define o se distingue de sus semejantes.</p>	<p>Características</p> <p>Biológicas</p>	<p>➤ Atención Prenatal</p>	<p>- Con control prenatal</p> <p>- Sin control prenatal</p>	<p>- > 6 CPT</p> <p>- < 6 CPT</p>	<p>Guía de encuesta sobre características biológicas, psicológicas y sociales.</p>
		<p>➤ Psicoprofilaxis Obstétrica</p>	<p>- Recibe sesión</p> <p>- No recibe sesión</p>	-	
		<p>➤ Tipo de Parto</p>	<p>- Eutócico</p> <p>- Distócico</p>	-	
		<p>➤ Patología durante el embarazo</p>	<p>- Con Patología</p> <p>- Sin Patología</p>	-	
	<p>➤ Patología del recién nacido</p>	<p>- Con Patología</p> <p>- Sin Patología</p>	-		
	<p>Características</p> <p>Psicológicas</p>	<p>➤ Recibe apoyo de la familia durante el embarazo y puerperio</p>	<p>- Cuenta con el apoyo familiar.</p> <p>- No cuenta con el apoyo familiar</p>	-	
<p>➤ Recibe apoyo de la pareja durante el embarazo y puerperio</p>		<p>- Cuenta con el apoyo de su pareja.</p> <p>- No cuenta con el</p>	-		

Características Sociales	▶ Edad	- Años	- 16 a 19 - 20 a 24 - 25 a 29 - 30 a 35 - 36 a 40 - 40 a mas
	▶ Grado de Instrucción	- Años de escolaridad	- Analfabeto - Primaria - Secundaria - Superior
	▶ Estado Civil	- Situación jurídica en la familia y sociedad	- Casada - Conviviente - Soltera - Divorciada - Viuda
	▶ Ocupación	- Elemento vital de integridad y salud humana	- Ama de casa - Estudiante - Trabajo Independiente - Trabajo

Fuente: Elaborado por la investigadora.

3.6. INSTRUMENTOS:

- Guía de entrevista sobre las características biológicas, psicológicas y sociales. (Anexo N°2)
- Entrevista sobre el cuestionario del test de la escala de depresión postparto de Edimburgo. (Anexo N°3)

3.7. MÉTODOS, TÉCNICAS E INSTRUMENTOS PARA LA RECOLECCIÓN DE DATOS:

3.7.1. Variable Independiente: Características biológicas, psicológicas y

sociales.

- **Técnica:** Se utilizó la entrevista.
- **Instrumento:** El instrumento de recolección de datos estuvo conformado en primera parte donde se consigna el título e instrucciones sobre el llenado correcto de la Guía de Entrevista. Una segunda parte denominada datos generales sobre la puérpera; características sociales: contiene cinco preguntas con sus respectivas alternativas de respuestas para cada ítems: la edad, el grado de instrucción, el estado civil, la ocupación y el número de hijos características biológicas: contiene cinco preguntas con sus respectivas alternativas de respuestas para cada ítems: atención prenatal, psicoprofilaxis obstétrica, tipo de parto, antecedentes de patología durante el embarazo, antecedente de patología del recién nacido, características psicológicas: contiene dos preguntas con sus respectivas alternativas de respuesta para cada ítems: recibe apoyo familiar y apoyo de la pareja (ANEXO 3).

3.7.2. Variable Dependiente: Depresión postparto:

- **Técnica:** Entrevista.
- **Instrumento:** Cuestionario del test de la escala de Edimburgo, el instrumento de recolección de datos contiene preguntas en cuanto a las respuestas emocionales que caracteriza a la puérpera con depresión postparto, consta de 10 ítems con preguntas cerradas y las respuestas politómicas son: he sido capaz de reírme y ver el lado divertido de las cosas (siempre, a veces, ocasionalmente, nunca), he mirado el futuro positivamente (siempre, a veces, ocasionalmente,

nunca), cuando las cosas han salido mal, me he culpado a mi misma (siempre, a veces, ocasionalmente, nunca), he estado nerviosa o inquieta sin tener motivo (siempre, a veces, ocasionalmente, nunca), he sentido miedo o he estado asustada sin tener motivo (siempre, a veces, ocasionalmente, nunca), los problemas diarios me causan preocupación y gran sufrimiento (siempre, a veces, ocasionalmente, nunca), me he sentido tan infeliz que he llegado a tener dificultad para dormir (siempre, a veces, ocasionalmente, nunca), me he sentido triste o desgraciada sin motivo (siempre, a veces, ocasionalmente, nunca), he sido tan infeliz que he estado llorando con frecuencia (siempre, a veces, ocasionalmente, nunca), se me ha ocurrido la idea de hacerme daño (siempre, a veces, ocasionalmente, nunca). Las categorías de las respuestas se les dan puntos de nunca (=0), ocasionalmente (=1), a veces (=2), y siempre (=3) según el aumento de la gravedad del síntoma. Los puntos para las preguntas 3, 5, 6, 7, 8, 9,10 se anotan en orden inverso (por ejemplo, 3, 2, 1, 0). Se suman todos los puntos para dar la puntuación total. Una puntuación de > 10 muestra la probabilidad de una depresión postparto, pero no su gravedad y < 10 puntos sin depresión postparto. **(ANEXO 3)**.

3.8. PROCEDIMIENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS:

Para la recolección de datos se realizó las siguientes actividades.

COORDINACIONES:

- Se solicitó a la Sra. Directora de la Maestría en Salud Pública, una carta de presentación dirigida al jefe del Establecimiento de Salud José Antonio Encinas.

- Se presentó el documento emitido por el Programa de la Maestría en Salud Pública a la dirección del Establecimiento de Salud José Antonio Encinas para ejecutar el trabajo de investigación en las áreas donde laboran los profesionales de Enfermería y Obstetricia.
- Se coordinó con la jefatura de Enfermería y Obstetricia del Establecimiento de Salud quien autorizó para la ejecución del presente estudio de investigación.
- Se coordinó con las Enfermeras y Obstetras que laboran en el Consultorio de Crecimiento y desarrollo del niño menor de 5 años, servicio de hospitalización y consultorio de obstetricia.

APLICACIÓN DEL INSTRUMENTO:

- Una vez en el servicio, en la sala de espera del Establecimiento de Salud José de Antonio Encinas antes de ser llamadas para su atención, previa presentación ante la puérpera, se les brindó información verbal amigable, acerca del tema de estudio, pidiéndole su colaboración y se orientó los pasos de la entrevista con el objetivo de obtener información verídica (Previa aceptación del consentimiento informado).
- Para realizar la entrevista con la puérpera se llevó a cabo en un ambiente que garantice la privacidad de la información brindada.
- Se procedió con la guía de entrevista a la puérpera, con el fin de recoger la información sobre las características biológicas, psicológicas y sociales.

- Luego se aplicó el test de la Escala de Edimburgo a la puérpera, donde se consideró una serie de preguntas según como se ha sentido estos últimos 7 días, en seguida se procedió a interrogarles cada ítems hasta concluir.
- La recolección de información se realizó de lunes a domingo desde las 8 am a 14 pm, en el turno mañana.
- Se realizó visita domiciliaria a las puérperas que no disponían de tiempo según el horario que disponían de tiempo para realizarle la entrevista a la madre.
- Una vez concluida la encuesta se procedió a agradecer a cada una de las puérperas por la disposición y apoyo prestados.
- Se culminó con el proceso de aplicación del instrumento en un tiempo necesario hasta lograr completar el tamaño de la muestra del presente trabajo de investigación.

3.9. DISEÑO Y ANÁLISIS ESTADÍSTICO:

TABULACIÓN:

Después de la recolección de datos se precedió de la siguiente manera:

- Se realizó la enumeración de los instrumentos.
- Se procedió a la clasificación de respuestas de acuerdo a las claves de respuestas.
- Se realizó la sistematización de la información en una base de datos del programa SPSS.
- Se procedió a la elaboración de los cuadros de doble entrada.

3.9.1. TRATAMIENTO Y DISEÑO ESTADÍSTICO:

Para contrarrestar la discusión se aplicó la Ji Cuadrada.

a) PLANTEAMIENTO DE LA HIPÓTESIS:

Ho= Las características biológicas: atención prenatal, piscoprofilaxis, tipo de parto, antecedentes de enfermedad durante el embarazo, antecedente de enfermedad en el recién nacido y paridad no están asociado con la depresión postparto en puérperas atendidas en el Establecimiento de Salud I-4 José Antonio Encinas de Puno, 2016

Ha= Las características biológicas: atención prenatal, piscoprofilaxis, tipo de parto, antecedentes de enfermedad durante el embarazo, antecedente de enfermedad en el recién nacido y paridad están asociado con la depresión postparto en puérperas atendidas en el Establecimiento de Salud I-4 José Antonio Encinas de Puno, 2016

Ho= Las características psicológicas: apoyo de la pareja y apoyo familiar, no están asociado con la depresión postparto en puérperas atendidas en el Establecimiento de Salud I-4 José Antonio Encinas de Puno, 2016

Ha= Las características psicológicas: apoyo de la pareja y apoyo familiar están asociado con la depresión postparto en puérperas atendidas en el Establecimiento de Salud I-4 José Antonio Encinas de Puno, 2016

Ho= Las características sociales: edad, grado de instrucción, estado civil, ocupación y fecundidad no están asociado con la depresión postparto en puérperas atendidas en el Establecimiento de Salud I-4 José Antonio Encinas de Puno, 2016

Ha= Las características sociales: edad, grado de instrucción, estado civil, ocupación y fecundidad están asociado con la depresión postparto en puérperas atendidas en el Establecimiento de Salud I-4 José Antonio Encinas de Puno, 2016

b) ESTADÍSTICA DE PRUEBA:

Porcentaje: P

$$P = \frac{x}{n}(100)$$

Dónde:

x: Número de casos favorables

n: Tamaño de muestra (78)

- Cuadros bi variados: Programa SPSS v.22 y hoja electrónica Excel
- Se aplicó la prueba estadística de independencia de variables: Programa SPSS v.22

c) PLANTEAMIENTO DE HIPÓTESIS ESTADÍSTICA:

H_0 : No existe relación entre las características biológicas, psicológicas y sociales con la depresión postparto de puérperas en el Establecimiento de Salud José Antonio Encinas, Puno - 2016

H_1 : Existe relación entre las características biológicas, psicológicas y sociales con la depresión postparto de puérperas en el Establecimiento de Salud José Antonio Encinas-Puno-2016

d) ESTADÍSTICA DE PRUEBA:

$$\chi_C^2 = \sum_{i=1}^r \sum_{j=1}^s \frac{O_{ij}^2}{E_{ij}} - n$$

Dónde:

O_{ij} : Frecuencia Observada

E_{ij} : Frecuencia Esperada

e) DECISIÓN:

Comparación	Decisión	Simbología
$p > 0,05$	Confirmar H_0	No significativa (n.s.)
$p \leq 0,05$	Aceptar H_1	Significativa al 5% (*)

f) COEFICIENTE DE CONTINGENCIA:

$$C = \sqrt{\frac{\chi_C^2}{\chi_C^2 + n}}$$

La interpretación de los valores de C, se realiza con los valores del coeficiente de correlación de Pearson, propuesto por Elorza.

CAPÍTULO IV

RESULTADOS Y DISCUSIÓN

4.1. Características biológicas asociadas a depresión postparto

Tabla 1. Atención prenatal asociada con depresión postparto en puérperas atendidas en el Establecimiento de Salud I-4 José Antonio Encinas de Puno, 2016.

DEPRESIÓN POSTPARTO	SIN DEPRESIÓN		CON DEPRESIÓN		TOTAL	
	N°	%	N°	%	N°	%
ATENCIÓN PRENATAL						
>6 Control prenatal	25	32	31	40	56	72
<6 Control prenatal	12	15	10	13	22	28
TOTAL	37	47	41	53	78	100

Fuente: Cuestionario aplicado a las puérperas.

En la tabla se observa que del 100% de puérperas atendidas en el Establecimiento de Salud, el 53% presentaron depresión postparto, de ellas el 40% tienen más de seis controles prenatales y un 13% tienen menos de seis controles prenatales.

Según la prueba estadística la Ji-cuadrada calculada $\chi^2 = 0,621$ es menor que la Ji cuadrada tabulada, la prueba estadística no es significativa; es decir, no

existe relación entre la atención prenatal con la depresión postparto de puérperas.

Al respecto Gutiérrez¹⁴ en su investigación refiere que la frecuencia de tristeza materna es baja en la población de estudio y que los factores asociados con la depresión postparto pueden identificarse durante el control prenatal para proporcionar atención especial a estas mujeres, y así prevenir las complicaciones resultantes.

Rojas¹⁵ refiere que las puérperas con depresión postparto constituyen un grupo que requiere de una atención más clínica debido a su gran vulnerabilidad biológica, sin embargo los síntomas depresivos activos y el enorme riesgo psicosocial. La madre y el programa de los niños, lo que les beneficia, debe ser combinado con un componente de salud mental que pueda ofrecerles un tratamiento adecuado a su contexto psicosocial desde el control prenatal.

Asimismo Luna¹⁹ refiere que la prevalencia de depresión en las gestantes estudiadas fue muy elevada. Se debe prestar especial atención a las madres que manifiestan tener un embarazo no planificado y las que sufren complicaciones durante su embarazo, a fin de llegar a diagnósticos tempranos y aplicar tratamientos oportunos.

Por su parte Dois⁴ refiere que el diagnóstico de depresión postparto confiere algunas dificultades, entre ellas el escaso reconocimiento de los trastornos del ánimo durante el embarazo. Alrededor de la mitad de los cuadros depresivos diagnosticados durante el puerperio iniciaron o continuaron su curso durante el embarazo, pese a conocerse que el diagnóstico y tratamiento correcto previo al parto implica una menor probabilidad de cursar una depresión posnatal.

Los hallazgos del presente estudio corroboran con las conclusiones obtenidas por Gutiérrez¹⁴, Rojas¹⁵, Luna¹⁹ y Dois⁴ quienes refieren que la depresión postparto puede identificarse durante el embarazo a través del control prenatal para proporcionar una atención integral, y así prevenir las complicaciones resultantes; en la investigación de acuerdo a los resultados podemos afirmar que aquellas madres atendidas en el Establecimiento de Salud durante el control prenatal desconocen sobre la depresión postparto, no reconocen el cuadro clínico de esta enfermedad y lo lamentable es que el personal de salud no capacita sobre esta enfermedad, las puérperas durante su gestación acuden a sus respectivos controles prenatales, siendo las actividades que realiza el profesional de salud con competencias con la gestante para su atención prenatal, de acuerdo a los protocolos del Ministerio de Salud, las atenciones prenatales de la madre gestante es la siguiente: antes de los siete meses (controles mensuales), del séptimo al octavo mes (control quincenal) y del octavo al noveno mes, hasta el parto (controles semanales), en Establecimiento de Salud del total de puérperas solo un 15% recibieron atención prenatal reenfocada, es decir la vigilancia y evaluación integral de la gestante y el feto, idealmente antes de las catorce semanas de gestación, para brindar un paquete básico de intervenciones que permita la detección oportuna de signos de alarma, factores de riesgo, la educación para el autocuidado y la participación de la familia²⁵; las madres gestantes son atendidas por diversos servicios que ofrece el Establecimiento de salud: consultorio de Ginecología-Ecografía, Medicina general, Odontología, Psicología, Obstetricia, Enfermería, Inmunización, Nutrición, Servicio Social, Farmacia y Laboratorio; es por ello que más del 50% lograron tener más de seis controles prenatales después de

las 14 semanas de gestación y recibieron su paquete básico de atención integral a la gestante es decir fueron gestantes controladas más no gestantes reenfocadas. Como menciona los autores la depresión postparto comprende una vulnerabilidad genética, asociada a los cambios hormonales durante el embarazo, la cantidad de estrógenos y progestágenos desciende rápidamente y esto afectaría de manera clara los circuitos de neurotransmisores de serotonina y noradrenalina. De igual forma, la producción de la tiroides también pueden disminuir bruscamente después del parto, los bajos niveles de hormonas tiroideas producen síntomas similares a los del trastorno depresivo, con cambios en el estado de ánimo, fatiga, agitación, insomnio, ansiedad.⁹; los síntomas depresivos manifestados y el enorme riesgo psicosocial, pueden diagnosticarse durante la gestación, a través de los controles prenatales y después del parto durante sus controles de puerperio aplicando la ficha de tamizaje de Edimburgo modificado poniéndole énfasis en el componente de salud mental, además el especialista puede ofrecer un tratamiento adecuado a su contexto psicosocial de la madre.

Tabla 2. Psicoprofilaxis obstétrica asociada con depresión postparto en puérperas atendidas en el Establecimiento de Salud I-4 José Antonio Encinas de Puno, 2016.

DEPRESIÓN POSTPARTO	SIN DEPRESIÓN		CON DEPRESIÓN		TOTAL	
	N°	%	N°	%	N°	%
PSICOPROFILAXIS OBSTÉTRICA						
Recibe Sesión	6	8	4	5	10	13
No recibe Sesión	31	40	37	47	68	87
TOTAL	37	47	41	53	78	100

Fuente: Cuestionario aplicado a las puérperas.

En la tabla del 100% de puérperas atendidas en el Establecimiento de Salud, el 53% de puérperas presentaron depresión postparto, de ellas el 47% no recibieron sesión de psicoprofilaxis obstétrica y solo un 5% recibieron psicoprofilaxis obstétrica durante sus controles prenatales.

Según la prueba estadística la Ji-Cuadrada $\chi^2_c = 0,726$ es menor que la Ji Tabulada, no es significativa; es decir, no existe relación entre la psicoprofilaxis obstétrica con la depresión postparto.

Al respecto Rondón²⁰ refiere que todas las puérperas atraviesan por los mismos cambios hormonales masivos, y están sujetas, poco más o menos, a similares demandas de adaptación por el cambio de roles, sin embargo no todas hacen depresión clínicamente importante. Esto nos lleva a aceptar la existencia de una vulnerabilidad biológica específica, al igual que en la disforia premenstrual. Durante los primeros días postparto disminuyen las tasas de estrógeno y progesterona y se realizan cambios en el metabolismo

del cortisol. Además, hay un estado hipotiroideo que puede durar hasta un año. En esta etapa ocurre una gama de alteraciones emocionales que van de la tristeza materna hasta la depresión mayor con manifestaciones psicóticas.¹⁵ Los hallazgos del presente estudio respecto a las características biológicas según psicoprofilaxis obstétrica, evidencian que no existe asociación estadística con la depresión postparto; el autor Rondón²⁰ afirma que las puérperas atraviesan por los mismos cambios hormonales masivos, y están sujetas, poco más o menos, a similares demandas de adaptación por el cambio de roles, durante los primeros días postparto disminuyen las tasas de estrógeno y progesterona y se realizan cambios en el metabolismo del cortisol. Además, hay un estado hipotiroideo que puede durar hasta un año; de acuerdo a la investigación podemos afirmar que en el Establecimiento de Salud, las puérperas durante su gestación en la mayoría no lograron participar en sus sesiones de psicoprofilaxis obstétricas, siendo un conjunto de actividades para la preparación integral de la madre gestante que le permite desarrollar hábitos y comportamientos saludables así como una actitud positiva frente al embarazo, parto y puerperio para lograr un recién nacido con potencial desarrollo físico, mental y sensorial, no solo abarca temas relacionados al embarazo normal si no también es conocer a cerca de las señales de peligro, complicaciones que pueden darse durante el proceso del trabajo de parto normal que conllevaría a un parto por cesárea de emergencia²⁵. Esta preparación se realiza educando a la gestante a través de sesiones educativas, preparación física y técnicas de relajación que liberará tensiones y miedos permitiendo disfrutar mejor de su embarazo y parto, mejorando su calidad de vida y percepción respecto a todo el proceso de la gestación, además

contribuye a la disminución de complicaciones obstétricas pre y post natales, siendo seis sesiones de psicoprofilaxis; las madres puérperas manifestaron que la mayoría desconocen y solo algunas tuvieron la oportunidad de participar en su primer embarazo, o por primera vez, fueron gestantes no preparadas en psicoprofilaxis obstétricas porque no recibieron las seis sesiones durante la gestación, la causa de la inasistencia fue el tiempo de demora en los consultorios externos de obstetricia; asimismo el personal de salud refirió que no realizaban las sesiones de psicoprofilaxis obstétrica porque carecían de un ambiente, no había un personal exclusivo, el personal no se abastecían con la atención a las gestantes y puérperas según lo evidenciado, en el servicio se presenciaba los materiales para la sesión de psicoprofilaxis obstétrica, pero si realizan la estimulación prenatal.

Tabla 3. Tipo de parto asociada con depresión postparto en puérperas atendidas en el Establecimiento de Salud I-4 José Antonio Encinas de Puno, 2016.

TIPO DE PARTO \ DEPRESIÓN POSTPARTO	SIN DEPRESIÓN		CON DEPRESIÓN		TOTAL	
	N°	%	N°	%	N°	%
Eutócico	26	33	34	44	60	77
Distócico	11	14	7	9	18	23
TOTAL	37	47	41	53	78	100

Fuente: Cuestionario aplicado a las puérperas.

La siguiente tabla muestra del 100% de puérperas atendidas en el Establecimiento de salud, el 53% presentaron depresión postparto, de ellas el 44% tuvieron parto eutócico y el 9% tuvieron parto distócico.

Según la prueba estadística la Ji-Cuadrada $\chi^2 = 1,755$ es menor que la Ji Tabulada, no es significativa; es decir, no existe relación entre el tipo de parto con la depresión postparto.

Al respecto Atencia³ refiere que los factores obstétricos de riesgo tienen una asociación significativa con la depresión postparto de los cuales fueron presentar enfermedades durante el embarazo, hospitalización durante la gestación, complicaciones durante el parto, parto por cesárea, dificultad para la lactancia materna y bebé hospitalizado por complicaciones.

En cuanto a Urdaneta¹⁶ refiere que las características evaluadas, tanto de índole biológico, psicológico como social, solo mostraron una asociación significativa con el desarrollo de depresión postparto, los trastornos médicos

durante el embarazo, la enfermedad del neonato y el nacimiento mediante cesárea. El autor concluye que debe recomendarse la evaluación periódica de los factores de riesgo en cada institución sanitaria para así planear acciones óptimas en la prevención y el tratamiento de esta patología.⁹

Sin embargo Pérez⁷ refiere en su investigación que la edad, escolaridad, estado civil, nivel socioeconómico, paridad, patologías del embarazo, tipo de parto, hospitalización del recién nacido, no resultaron estadísticamente diferentes para riesgo de depresión postparto. Es necesario realizar un tamizaje universal para la pesquisa precoz de depresión postparto y realizar nuevos estudios considerando otros factores asociados.

Los hallazgos encontrados del presente estudio corroboran con las conclusiones obtenidas por Atencia³ y Urdaneta¹⁶, los autores mencionan que uno de los factores de riesgos es el tipo de parto para desencadenar depresión postparto porque su mecanismo fisiopatológico parece evocar dos mecanismos fundamentales de la personalidad de la gestante y puérpera para defenderse de la ansiedad que le produce la nueva situación de maternidad, los cuales son la regresión y la introversión. Aunque se conoce que durante el puerperio, tanto los cambios bioquímicos existentes así como el estrés, pueden desencadenar estos trastornos; sin embargo, las teorías más acertadas hasta el momento son las que se relacionan con los cambios hormonales y las susceptibilidades específicas de estos pacientes durante este periodo; de acuerdo a los resultados de la investigación el tipo de parto no se asocia estadísticamente con la depresión postparto sin embargo podemos afirmar que el Establecimiento de salud I-4 José Antonio Encinas esta categorizado por el Ministerio de Salud en brindar una atención institucional y calificada del parto a

la población donde realizan actividades, intervenciones y procedimientos por profesionales calificados para la atención del parto; las puérperas sean primíparas o multíparas que tuvieron parto eutócico, es definido como el parto normal y el que se inicia de forma espontánea en una mujer, con un feto a término en presentación cefálica flexionada, posición de vértice y termina también de forma espontánea, sin que aparezcan complicaciones en su evolución y las madres de parto distócico fueron referidas al Establecimiento de Salud con mayor capacidad de resolución, se da cuando se necesitan maniobras o intervenciones quirúrgicas para la finalización del parto. Después del trabajo de parto de tipo eutócico la puérpera inmediata es ubicada en alojamiento conjunto, es la ubicación del recién nacido y su madre en la misma habitación para favorecer el contacto precoz y permanente así como la lactancia materna exclusiva y cuando la madre tiene parto distócico es intervenida quirúrgicamente, como puérpera inmediata pasa a sala de recuperación de anestesia y posterior a ello pasa a su servicio preocupada por el dolor de la herida operatorio y el estado de salud de su bebe, se evidencia una ruptura entre el contacto precoz, permanente de la madre y el recién nacido por lo menos un día. Es uno de los factores que puede desencadenar a una depresión postparto y muchas madres que lo padecen no reconocen tener este problema.

Tabla 4. Antecedente de patología durante el embarazo asociada con depresión postparto en puérperas atendidas en el Establecimiento de Salud I-4 José Antonio Encinas de Puno, 2016.

PATOLÓGIA DURANTE EMBARAZO	DEPRESIÓN POSTPARTO		SIN DEPRESIÓN		CON DEPRESIÓN		TOTAL	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Con patología	23	29	23	29	46	59		
Sin patología	14	18	18	23	32	41		
TOTAL	37	47	41	53	78	100		

Fuente: Cuestionario aplicado a las puérperas.

En la tabla se observa del 100% de puérperas atendidas en el Establecimiento de Salud, el 53% presentaron depresión postparto, de ellas el 29% presentaron antecedente de patología durante el embarazo y el 23% no presentaron antecedente de patología durante el embarazo.

Según la prueba estadística la Ji-Cuadrada $\chi^2 = 0,296$ es menor que la Ji Tabulada no es significativa; es decir, no existe relación entre la patología durante el embarazo con la depresión postparto.

Al respecto Rondón²⁰ refiere que hay estudios que señalan que los médicos no diagnostican adecuadamente los trastornos emocionales en la gestación y que las propias familias niegan la existencia de un trastorno, atribuyéndolo a “cambios normales”. Lo que sabemos actualmente es que el bienestar emocional durante la gestación es un asunto bastante individual que no se presta a generalizaciones derivadas de las teorías psicodinámicas

clásicas, sino que más bien se relaciona con: aborto inducido previo, embarazo de alto riesgo médico.

Asimismo Escobar¹⁸ refiere que la depresión postparto es una patología muy frecuentes en la mujer; la importancia de un diagnóstico y tratamiento oportuno radica en evitar las consecuencias a futuro en la mujer, el recién nacido y la familia en general.

De acuerdo a los hallazgos encontrados en el estudio de investigación, los autores Rondón²⁰ y Escobar¹⁸, manifestaron que los antecedentes durante el embarazo se asocia con la depresión postparto, siendo las particularidades fisiológicas del embarazo, así como la susceptibilidad del feto a los distintos procesos patológicos y algunos medios empleados para el diagnóstico y el tratamiento, hacen necesario el conocimiento todos estos aspectos y la aplicación de protocolos basados en la mejor evidencia disponible. Se presentan, clasificadas por sistemas, las patologías que con mayor frecuencia constituyen un motivo de consulta médica; en la investigación los antecedentes durante el embarazo no se asocia estadísticamente con la depresión postparto, la mayoría de las madres puérperas han presentado patología como infección de las vías respiratorias, enfermedades diarreicas agudas, infecciones de las vías urinarias, que fueron resueltos en el consultorio médico, sin embargo patologías obstétricas como preeclampsia, eclampsia, síndrome de HELLP, parto prematuro o diabetes gestacional, es habitualmente sub diagnosticada en el Establecimiento de Salud y algunas han sido resueltas a través de una intervención quirúrgica de urgencia previa referencia a un Establecimiento de Salud de mayor capacidad resolutive; entonces podemos afirmar según las investigaciones los niveles de prolactina forman una curva

inversa a la de los niveles de estrógenos y progesterona durante el periodo postparto, por lo que razonablemente se ha asumido que las madres que no amamantan a sus bebés por diferentes razones no producen un rápido declive en su prolactina, asimismo existe una ruptura de apego, afecto entre la madre y su bebe, esto podría conllevar a una depresión postparto.

Tabla 5. Antecedente de patología en el recién nacido asociada con depresión postparto en puérperas atendidas en el Establecimiento de Salud I-4 José Antonio Encinas de Puno, 2016.

DEPRESIÓN POSTPARTO PATOLOGÍA EN EL RECIÉN NACIDO	SIN DEPRESIÓN		CON DEPRESIÓN		TOTAL	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
	Con patología	11	14	6	8	17
Sin patología	26	33	35	45	61	78
TOTAL	37	47	41	53	78	100

Fuente: Cuestionario aplicado a las puérperas.

En la tabla refleja del 100% de puérperas atendidas en el Establecimiento de salud, el 53% presentaron depresión postparto de ellas el 45% no tienen antecedente de patología en el recién nacido y el 8% tienen antecedente de patología en el recién nacido.

Según la prueba estadística la ji-cuadrada $\chi^2_c = 2,60$ es menor que la Ji Tabulada, no es significativa; es decir, no existe relación entre antecedente de patología en el recién nacido con la depresión postparto.

Al respecto Atencia³ manifiesta que uno de los factores de riesgo para la depresión postparto en las madres adolescentes atendidas fue la hospitalización del bebé por alguna complicación.

Asimismo Luna¹⁹ refiere que la prevalencia de depresión es mayor en las gestantes de estudio. Se debe prestar especial atención a las madres que manifiestan tener un embarazo no planificado y las que sufren complicaciones durante su embarazo, a fin de llegar a diagnósticos tempranos y aplicar tratamientos oportunos.

Asimismo respecto Wolf¹⁷ refiere que las madres jóvenes tienen mayor riesgo de morbimortalidad obstétrica, más probabilidad de deserción en sus estudios, inactividad laboral y dependencia económica, y a establecer vínculos de apego inseguros con sus hijos, éstos, en tanto, estarían más expuestos a la morbimortalidad perinatal y neonatal, a la prematuridad y bajo peso al nacer, al abuso y/o negligencia parental y a problemas conductuales y de rendimiento desde la etapa preescolar.

Al respecto Escobar¹⁸ refiere que la importancia de un diagnóstico y tratamiento oportuno de depresión postparto radica en evitar las consecuencias a futuro en la mujer, el recién nacido y la familia en general. Los hallazgos del presente estudio corroboran con las conclusiones obtenidas por Atencia³, Luna¹⁹, Wolf¹⁷ y Escobar¹⁸, los autores refieren que se debe prestar especial atención a las madres que manifiestan tener un embarazo no planificado y las que sufren complicaciones durante su embarazo, a fin de

llegar a diagnósticos tempranos y aplicar tratamientos oportunos; las características biológicas según antecedente durante el embarazo no existe asociación con la depresión postparto, según los resultados podemos afirmar que aquellas madres que tuvieron su niño algún antecedente de patología como ictericia fisiológica, sepsis neonatal o la madre tuvo que ser hospitalizada desde un día a más ocasiona una ruptura del apego madre-niño por situaciones de salud, lo que conlleva a presentar estrés, melancolía y preocupación lo que puede desencadenar a una depresión postparto.

4.2. Características psicológicas asociadas a depresión postparto

Tabla 6. Apoyo familiar asociada con depresión postparto en puérperas atendidas en el Establecimiento de Salud I-4 José Antonio Encinas de Puno, 2016.

APOYO FAMILIAR \ DEPRESIÓN POSTPARTO	SIN DEPRESIÓN		CON DEPRESIÓN		TOTAL	
	N°	%	N°	%	N°	%
Cuenta	34	44	36	46	70	90
No Cuenta	3	4	5	6	8	10
TOTAL	37	47	41	53	78	100

Fuente: Cuestionario aplicado a las puérperas.

En la tabla resalta que del 100% de puérperas atendidas en el Establecimiento de Salud, el 53% presentaron depresión postparto, de ellas el 46% reciben apoyo familiar y el 6% no reciben apoyo familiar.

Según la prueba Ji-cuadrada $\chi^2_c = 0,353$ es menor que la Ji tabulada, no es significativa, no existe relación entre el apoyo familiar con la depresión postparto.

Al respecto Atencia³ refiere que los factores psicológicos de riesgo para la depresión postparto son el recibir insultos de familiares, la vivencia de un hecho estresante y el no contar con el apoyo de familiares.

En cuanto Rondón²⁰ refiere que la depresión postparto se relaciona con estabilidad emocional previa y la relación con la madre, recibir apoyo de sus familiares más cercano, el afecto recibido contribuye en la salud de la puérpera.

Asimismo Botero²³ define la depresión postparto como una depresión mayor con inicio postparto que requiere de un comienzo en las cuatro semanas subsiguientes. Durante este periodo se llevan a cabo cambios hormonales rápidos que contribuyen a precipitar la depresión en personas que tienen la vulnerabilidad a ella. Sin embargo, los factores socio-sociales (el apoyo de los familiares y la pareja) siguen jugando un papel importante en desencadenar y/o precipitar el trastorno. Las consecuencias familiares, sociales y personales que origina el trastorno son graves, llegando a situaciones dramáticas como el suicidio.

Por otro lado Díaz³⁰ afirma que debe considerarse como postparto todo el periodo que la madre necesita para recuperar la condición endocrina y nutricional que tenía antes de embarazarse y toda la etapa de transición en que el niño o niña es tan dependiente de la madre. Este periodo es variable y puede durar algunos meses y aún más de un año si la lactancia es prolongada. Los hallazgos del presente estudio corroboran con las conclusiones obtenidas por Atencia³, Rondón²⁰, Botero²³ y Díaz³⁰, los autores afirman que durante los

primeros días postparto disminuyen las tasas de estrógeno y progesterona y se realizan cambios en el metabolismo del cortisol. La depresión postparto se relaciona con estabilidad emocional previa y la relación con la madre, recibir apoyo de sus familiares más cercano, el afecto recibido contribuye en la salud de la puérpera; las madres refieren que si recibieron el apoyo de los familiares más cercanos, es decir los abuelos pueden constituir una importante fuente de apoyo durante el embarazo y sobre todo después del nacimiento del bebe. Ellos también se ilusionan con la buena noticia. Los hijos mayores es normal que ellos vivan con cierta dificultad los cambios que se originan con la llegada de un nuevo hermano (a), ya que la atención que recibían los hermanos mayores se va a reducir, inevitablemente, al tener que ocuparnos de la crianza del recién nacido; las puérperas refieren que recibieron apoyo emocionalmente como la muestra de afecto, la compañía, las experiencias vividas, en algunos casos los abuelos contribuyen con los cuidados del recién nacido como la lactancia materna, el baño, cuidados del recién nacido, así como también los cuidados después del parto en la puérpera, también recibieron apoyo económico, son situaciones que muestran seguridad, confianza a la puérpera. En tal sentido el apoyo de los familiares no se asocia con la depresión postparto en el estudio de investigación debido a que las puérperas en su mayoría refieren la existencia de una buena armonía familiar, recibieron apoyo de parte de sus familiares más cercanos durante el embarazo y puerperio.

Tabla 7. Apoyo de la pareja asociada con depresión postparto en puérperas atendidas en el Establecimiento de Salud I-4 José Antonio Encinas de Puno, 2016.

APOYO PAREJA	DEPRESIÓN POSTPARTO	SIN DEPRESIÓN		CON DEPRESIÓN		TOTAL	
		N°	%	N°	%	N°	%
Cuenta		36	46	39	50	75	96
No cuenta		1	1	2	3	3	4
	TOTAL	37	47	41	53	78	100

Fuente: Cuestionario aplicado a las puérperas.

En la tabla del 100% de puérperas atendidas en el Establecimiento de Salud, el 53% presentaron depresión postparto, de ellas el 50% reciben apoyo de su pareja y el 3% no reciben apoyo de su pareja.

Según prueba estadística Ji-cuadrada es $\chi^2 = 0,249$ es menor que la Ji Tabulada, no es significativa; es decir, no existe relación entre el apoyo de pareja con la depresión postparto.

Al respecto Atencia³ refiere que los factores psicológicos de riesgo para la depresión postparto son el recibir insultos de la pareja, la dificultad para criar al bebé, el no contar con el apoyo emocional y el no tener una buena relación con la pareja. Asimismo, los factores sociales de riesgo para la depresión postparto son el tener una pareja que no cuenta con trabajo, el no tener el apoyo económico de la pareja y el consumo de sustancias nocivas.

En cuanto Wolff¹⁷ refiere que la depresión postparto esta, asociado a factores de riesgo tales como malas relaciones interpersonales dentro de la familia,

con la pareja o padre del bebé y bajo apoyo social, asimismo, la depresión postparto se asocia a alteraciones en el vínculo madre-hijo, con menor desarrollo y más problemas conductuales en el niño. Es importante incorporar a la rutina de trabajo, la búsqueda activa de síntomas depresivos y de factores de riesgos que desencadenan la depresión postparto, idealmente desde el periodo prenatal.

Asimismo Urdaneta¹⁶ refiere que de las características evaluadas de índole biológico, mostraron una asociación significativa con el desarrollo de depresión postparto, no contar con el apoyo de su pareja.

Dois⁴ refiere que durante las primeras semanas postparto, cerca del 80% de las madres experimenta un cuadro denominado disforia/tristeza postparto, caracterizado por inestabilidad emocional, tristeza, insomnio, llanto, fatiga irritabilidad y ansiedad. Este cuadro cursa entre el tercer y décimo día postparto y ha sido asociado con los cambios hormonales de la etapa, por lo mismo, no requiere de tratamiento farmacológico, sino de la contención y apoyo de la familia.

Los hallazgos del presente estudio corroboran con las conclusiones obtenidas por Atencia³, Wolff¹⁷ Urdaneta¹⁶ y Dois⁴ los autores afirman que la depresión postparto es caracterizado por inestabilidad emocional, tristeza, insomnio, llanto, fatiga irritabilidad y ansiedad. Este cuadro cursa entre el tercer y décimo día postparto y ha sido asociado con los cambios hormonales de la etapa, por lo mismo, no requiere de tratamiento farmacológico, sino de la contención y apoyo de la pareja y familiares. Podemos afirmar en la investigación que recibir apoyo de pareja, es decir los sentimientos de la pareja puede experimentar, como ella (la puérpera), sentimientos contradictorios con respecto al embarazo

y al futuro bebé; desde temores y preocupaciones hasta alegría, satisfacción y orgullo. También puede ocurrir que ella necesite más atención de su pareja, más cuidados, más apoyo, y todo eso puede hacer que a veces se sienta la pareja confuso y desplazado. Cuando llegue el parto, es muy importante que la pareja este relajado y seguro, entre otras cosas porque así podrá acompañarla y ayudarla. Además debe estar preparado para hacerse cargo de las tareas que habitualmente realiza la madre. Hablar y comunicarse es necesario y sirve para hacer más fuertes los lazos de cariño que unen a la pareja; las responsabilidades del padre del recién nacido tiene mucho significado para el hogar de la puérpera, según lo evidenciado en el estudio de investigación, más del 50% de las puérperas después del parto permanece en reposo por dos semanas, el padre de familia con la ayuda de los familiares más cercanos tiene la responsabilidad del cuidado del recién nacido, de los niños de más edad si hubiese, cuidados de la casa, la preparación de los alimentos, los cuidados de la puérpera, además cumplir con las responsabilidades del trabajo, o estudios, demostrar sentimientos de afecto, comunicación continua, hacia su esposa e hijos, asumir el rol de paternidad con responsabilidad y velar por su familia como jefe de su hogar, contribuye a que la puérpera no desencadena síntomas de depresión postparto

4.3. Características sociales asociadas a depresión postparto

Tabla 8. Edad asociada con depresión postparto en puérperas atendidas en el Establecimiento de Salud I-4 José Antonio Encinas de Puno, 2016.

DEPRESIÓN POSTPARTO EDAD (años)	SIN DEPRESIÓN		CON DEPRESIÓN		TOTAL	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
16 a 19	3	4	6	8	9	12
20 a 24	14	18	9	12	23	29
25 a 29	7	9	16	21	23	29
30 a 35	10	13	6	8	16	21
36 a 40	3	4	3	4	6	8
Más de 40	0	0	1	1	1	1
TOTAL	37	47	41	53	78	100

Fuente: Cuestionario aplicado a las puérperas.

En la tabla se observa del 100% de puérperas atendidas en el Establecimiento de salud, el 53% presentaron depresión postparto, de ellas el 21% oscila en las edades de 25 a 29 años de edad, seguidamente 12% se encuentra dentro del grupo etario de 20 a 24 años y el 8% de puérperas son del grupo etario de 16 a 19 años y del grupo etario de 30 a 35 años de edad.

Según la prueba estadística la Ji-cuadrada $\chi^2 = 7,423$ es menor que la Ji Tabulada, no es significativa; es decir, no existe relación entre la edad y la depresión postparto, asimismo según el coeficiente de contingencia, Elorza, existe relación positiva débil entre la edad y la depresión postparto.

Respectivamente Molero¹² refiere que en puérperas adultas predominó como factores de riesgo significativos el bajo nivel educativo, las dificultades con la

lactancia y la presencia de trastornos afectivos desde el embarazo. El autor concluye que la depresión postparto es más prevalente en las madres adultas que en las adolescentes.

Al respecto Lipa¹⁰ refiere que en más de la mitad de puérperas primíparas presentaron depresión postparto en el rango de edad de 16 a 19 años (adolescentes), porque es el periodo en que las puérperas atraviesan por una condición que contiene un gran cambio emocional y físico; asimismo el embarazo en adolescentes tiene la tendencia al abandono de sus estudios, dedicándose a los quehaceres del hogar y asumir el rol de madre en una edad prematura, que contribuyen a precipitar la depresión postparto.

Asimismo Rondón²⁰ refiere que los factores de riesgo que se describen para la depresión postparto son: la edad, tanto por la interrupción del crecimiento personal, como por la falta de experiencia que permita afrontar las nuevas demandas del rol. Es importante señalar, que algunos estudios (A review of postpartum psychosis, 2006) sugieren que la incidencia de estos trastornos es relativamente más alta en la población joven dentro del grupo etario 18 a 29 años de edad y son primíparas.

En cuanto Pinto²¹ refiere que las puérperas con depresión son madres jóvenes a temprana edad, que han tenido su primer hijo, así encontramos que el paso de una mujer joven a ser madres por primera vez les causa cierta inseguridad la cual se puede convertir en depresión postparto.

Sin embargo Pantoja²⁷ refiere que la depresión postparto es frecuente en puérperas del grupo etario de 16 a 30 años, de estado civil soltera, grado de instrucción con baja escolaridad, ocupación su casa, en su mayoría, son primíparas, y con antecedentes heredofamiliares de trastornos afectivos.

Los hallazgos del presente estudio corroboran con las conclusiones obtenidas por Lipa¹⁰, Rondón²⁰, Pinto²¹ y Pantoja²⁷. Los niveles de prolactina forman una curva inversa a la de los niveles de estrógenos y progesterona durante el periodo postparto, por lo que razonablemente se ha asumido que las madres que no amamantan a sus bebés y producen un rápido declive en su prolactina, podrían tener una depresión postparto. Los autores quienes emplearon que la depresión postparto está asociado con la edad y la paridad (primíparas); dejaron de ser mujer y ahora son madres, el asumir el rol de madre, el primer embarazo, muchas de éstas refirieron que “no sé cómo debo cuidar a mi bebé, cada vez que llora no le entiendo”, y que culmina con una mayor probabilidad de un segundo embarazo. La depresión postparto es un importante problema de salud pública que merece poner atención especialmente en el grupo etario de 18 a 29 años, lo que demuestra la importancia de los profesionales de la salud en realizar la detección precoz de la depresión postparto, teniendo como ayuda la escala de Depresión Postparto de Edimburgo, por la eficacia y practicidad de su aplicación.

Tabla 9. Grado de instrucción asociada con depresión postparto en puérperas atendidas en el Establecimiento de Salud I-4 José Antonio Encinas de Puno, 2016.

GRADO DE INSTRUCCIÓN \ DEPRESIÓN POSTPARTO	SIN DEPRESIÓN		CON DEPRESIÓN		TOTAL	
	N°	%	N°	%	N°	%
Analfabeto	0	0	0	0	0	0
Primaria	3	4	8	10	11	14
Secundaria	18	23	15	19	33	42
Superior	16	21	18	23	34	44
TOTAL	37	47	41	53	78	100

Fuente: Cuestionario aplicado a las puérperas.

En la tabla se evidencia del 100% de puérperas atendidas en el Establecimiento de salud, el 53% de puérperas presentaron depresión postparto, de los cuales el 23% tienen grado de instrucción de superior no universitario, seguido el 19% tienen secundaria y el 10% primaria.

Según prueba estadística Ji-cuadrada $\chi^2_c = 2,464$ es menor que la Ji Tabulada, no es significativa; es decir, no existe relación entre el grado de instrucción con la depresión postparto.

Al respecto Rojas¹⁵ en su estudio de investigación afirma que las puérperas con depresión postparto que se controlan en atención primaria no cuentan con un trabajo remunerado, poseen sólo estudios básicos, carecen de un adecuado apoyo social, tienen embarazos no planificados, y tienen grado de instrucción del nivel de secundaria incompleta, no tienen una pareja estable. La mayoría de las madres cuidaba sola a su bebé y, si recibía ayuda, en la

mayoría de los casos ésta provenía de su propia madre. Estas son características psicosociales que ya han sido señaladas como factores de riesgo de una depresión postparto.

En otro estudio de investigación según Gutiérrez³⁵; menciona que la depresión postparto es un problema de salud pública con prevalencia a nivel mundial. Durante el puerperio existen cambios bioquímicos y estrés que pueden desencadenar estos trastornos en depresión postparto. El autor considera que otros factores como el nivel socioeconómico y el grado de instrucción de las puérperas, se considera como factores contribuyentes para desarrollar una depresión postparto.

Los hallazgos del presente estudio corroboran con las conclusiones obtenidas por Rojas¹⁵ y Gutiérrez³⁵, los autores refieren que el nivel socioeconómico y el grado de instrucción de las puérperas, se considera como factores contribuyentes para desarrollar una depresión postparto. Ante este panorama se concluye que, los resultados obtenidos del presente estudio, se detectaron que las madres puérperas con grado de instrucción de superior no universitario, y secundaria completa e incompleta no se asocia con la depresión postparto, siendo la educación una herramienta social y de naturaleza pedagógica para generar mujeres y hombres libres, para una sociedad libre. La educación como característica personal mantiene una estrecha relación con diversos fenómenos socioeconómicos; como la dependencia económica que desencadena en un factor de riesgo para la depresión postparto. Las puérperas durante el periodo de gestación continuaron con sus actividades de estudios pero para el trabajo de parto y puerperio se dedicaron en la recuperación de su salud y a las labores domésticas en su hogar, mientras más

corta edad tiene su niño es más dependiente de sus padres, necesita de muchos cuidados por ese motivo es que la madre abandone por una temporada sus estudios no universitarios, muchas veces se les hace difícil retomar nuevamente, el grado de instrucción de superior hace que la madre muestre conocimientos sobre atención integral durante el embarazo, el trabajo de parto (parto institucional) y puerperio pero lo lamentable es que el tema de depresión postparto no es conocido por la madre puérpera, son atribuidos como cambios normales, asimismo en el Establecimiento de Salud no existe ningún documento donde se pueda ejecutar un plan de trabajo para prevenir la depresión postparto.

Tabla 10. Estado civil asociada con depresión postparto en puérperas atendidas en el Establecimiento de Salud I-4 José Antonio Encinas de Puno, 2016.

ESTADO CIVIL \ DEPRESIÓN POSTPARTO	SIN DEPRESIÓN		CON DEPRESIÓN		TOTAL	
	N°	%	N°	%	N°	%
Casada	6	8	5	6	11	14
Conviviente	30	38	33	42	63	81
Soltera	1	1	3	4	4	5
Divorciada	0	0	0	0	0	0
Viuda	0	0	0	0	0	0
TOTAL	37	47	41	53	78	100

Fuente: Cuestionario aplicado a las puérperas.

En la tabla se visualiza del 100% de puérperas atendidas en el Establecimiento de Salud, el 53% tienen depresión postparto, de los cuales el 42% son convivientes, 6% casadas y 4% solteras.

Según la prueba estadística la Ji-cuadrada $\chi^2 = 1,031$ es menor que la Ji Tabulada, no es significativa; es decir, no existe relación entre el estado civil con la depresión postparto.

Al respecto el Instituto Nacional de estadística e Informática⁹, refiere que la convivencia es el estado conyugal predominante de madres adolescentes, del total de madres adolescentes, el 63.8% declaró que convive con su pareja, en tanto que un 23.8% manifestaron que son madres solteras.

Respectivamente Luna¹⁹ refiere que las puérperas casadas tendían a deprimirse menos; las que no planificaron su embarazo y que presentaron complicaciones durante su gestación tendieron a deprimirse más que sus pares.

Rondón²⁰ menciona que la actitud negativa hacia su embarazo, el antecedente de depresión en el tercer trimestre de éste y la insatisfacción con su relación de pareja, son los factores que se asociaron en forma significativa de los que se puede considerar el estado civil como convivientes coincidiendo con los resultados del presente estudio.

Rojas y Col⁵ señalan que las mujeres separadas o divorciadas tienen una probabilidad cuatro veces mayor que las solteras de tener una depresión postparto más severa, mientras que aquellas tienen más de un hijo tienen una probabilidad dos veces mayor que las primíparas de tener un episodio más severo.

Por otro lado, Gabbe²⁸ refiere que la depresión postparto era menos frecuente en pacientes con una historia psicológicamente normal y un embarazo no complicado. El autor también confirmó que existe asociación entre depresión postparto y la clase social, el estado matrimonial y la paridad.

Los hallazgos del presente estudio corroboran las conclusiones obtenidas por INEI⁹, Luna¹⁹, Rondón²⁰ y Gabbe²⁸ los autores refieren que la actitud negativa hacia su embarazo, el antecedente de depresión en el tercer trimestre de éste y la insatisfacción con su relación de pareja, son los factores que se asociaron en forma significativa de los que se puede considerar el estado civil como convivientes, siendo el estado civil una situación jurídica en la familia y la sociedad, determina su capacidad para ejercer ciertos derechos y contraer ciertas obligaciones, es indispensable, indisponible e imprescriptible, asignación que corresponde a la ley en base a las normas de la constitución política del Perú siendo reconocido social y culturalmente; las responsabilidades del hogar son cada vez más de elevadas tensiones y problemas que dificultan el cumplimiento de los deberes de padres del bebé, esta situación trae una experiencia muchas veces negativa que va a determinar su forma de actuar en el hogar, como el cuidado de la propia salud y de los que conforma la familia (puérpera, pareja y el bebé). De las puérperas primíparas y multíparas con estado civil convivientes que viven con su pareja, se dedican al cuidado de su niño y los quehaceres del hogar y pocas son madres solteras que no viven con su pareja, están estudiando y trabajando. Es una situación donde existen posibilidades para desencadenar una depresión postparto.

Tabla 11. Ocupación asociada con depresión postparto en puérperas atendidas en el Establecimiento de Salud I-4 José Antonio Encinas de Puno, 2016.

OCUPACIÓN \ DEPRESIÓN POSTPARTO	SIN DEPRESIÓN		CON DEPRESIÓN		TOTAL	
	N°	%	N°	%	N°	%
Ama de casa	32	41	33	42	65	83
Estudiante	1	1	5	6	6	8
Trabajo Independiente	3	4	2	3	5	6
Trabajo Estable	1	1	1	1	2	3
TOTAL	37	47	41	53	78	100

Fuente: Cuestionario aplicado a las puérperas.

En la tabla refleja del 100% de puérperas atendidas en el Establecimiento de Salud, el 53% puérperas presentaron depresión postparto, de los cuales el 42% de puérperas tienen como ocupación su casa, un 6% son estudiantes, y el 3% tienen trabajo independiente y el 1% tienen trabajo independiente.

Según la prueba estadística Ji-cuadrada $\chi_c^2 = 2,684$ es menor a la Ji Tabulada, no es significativa; es decir, no existe relación entre la ocupación con la depresión postparto.

Al respecto Rojas¹⁵ refiere que existe una prevalencia importante de depresión postparto, destacando también la experiencia del embarazo, el parto, el puerperio y la capacidad para afrontar, asimismo factores sociales como la ocupación, se relaciona con la depresión postparto en estas madres puérperas.

Por otro lado Gutiérrez³⁵ refiere que las mujeres están en mayor riesgo de problemas de salud por tener una mayor carga de trabajo no remunerado, por

lo general relacionado con el cuidado de sus hijos y las tareas del hogar; tienen más probabilidades de tener un menor nivel socioeconómico, están más expuestas a ser víctimas de la violencia y tienen menor acceso a factores protectores, como participación en la educación, el empleo remunerado y la toma de decisiones políticas.

Los hallazgos del presente estudio corroboran las conclusiones obtenidas por Rojas¹⁵ y Gutiérrez³⁵; los autores refieren que las madres puérperas están expuestas a mayor riesgo de problemas de salud por tener una mayor carga de trabajo no remunerado, por lo general relacionado con el cuidado de sus hijos y las tareas del hogar; tienen más probabilidades de tener un menor nivel socioeconómico, están más expuestas a ser víctimas de la violencia y tienen menor acceso a factores protectores, como participación en la educación, el empleo remunerado y la toma de decisiones políticas; de acuerdo a la investigación la ocupación no se asocia a la depresión postparto sin embargo podemos afirmar que la ocupación, siendo parte de la condición humana, los seres humanos poseen una naturaleza ocupacional; es necesaria para la sociedad y la cultura, es un elemento crucial de integridad y salud humana; es la actividad principal del ser humano a través de la cual la persona controla y equilibra su vida; al respecto las madres primerizas del Establecimiento de Salud tienen que asumir el nuevo rol de maternidad frente a su nueva familia, las funciones que desempeñará como madre perdurará por mucho tiempo, dedicarse a los cuidados del recién nacido, cuidados puerperales, quehaceres del hogar o en algunas situaciones dejar de estudiar o trabajar temporalmente, recibir el apoyo de los familiares y el apoyo incondicional de la pareja logrará mostrar seguridad en su nuevo rol de madre; las madres multíparas demuestran

conocimientos respecto a los cuidados del recién nacido, cuidados puerperales, quehaceres del hogar y continúan trabajando en algunas situaciones y solo reciben el apoyo de la pareja que contribuye en la mejora de su salud mental.

Tabla 12. Fecundidad asociada con depresión postparto en puérperas atendidas en el Establecimiento de Salud I-4 José Antonio Encinas de Puno, 2016.

DEPRESIÓN POSTPARTO FECUNDIDAD	SIN DEPRESIÓN		CON DEPRESIÓN		TOTAL	
	N°	%	N°	%	N°	%
Más de dos hijos	24	31	20	26	44	56
Menos de dos hijos	13	17	21	27	34	44
TOTAL	37	47	41	53	78	100

Fuente: Cuestionario aplicado a las puérperas.

En la tabla observamos del 100% de puérperas atendidas en el Establecimiento de salud, el 53% son puérperas con depresión postparto, de los cuales el 27% tienen menos de dos hijos y el 26% tienen más de dos hijos. Según la prueba estadística la Ji-cuadrada $\chi_c^2 = 2,046$ es menor que la Ji Tabulada, no es significativa; es decir, no existe relación entre la fecundidad y la depresión postparto.

Al respecto Rojas¹⁵ refiere que en las mujeres, la depresión tiende a aparecer en una edad más temprana, se presenta con una mayor frecuencia de episodios, con un mayor número de síntomas y con tasas muchos mayores de depresión atípica. En un análisis estadístico multivariable se encontró que la

edad temprana de aparición, el exceso de autocrítica y la disminución de la libido, son los mejores predictores de depresión mayor en mujeres.

Por otro lado Wolff¹⁷ refiere que la depresión postparto se asocia con el nacimiento del primer hijo, alteraciones en el vínculo madre-hijo. Sin embargo el impacto de la depresión es mucho más profundo, afectando prácticamente todos los aspectos de la vida de la persona deprimida, tales como las relaciones interpersonales, el funcionamiento conductual y el funcionamiento cognitivo. Es entonces comprensible porque la depresión postparto causa una discapacidad laboral significativa. La naturaleza de la depresión, que no es físicamente medible, sino que depende del autoreporte o de la inferencia que se haga de la conducta de la persona deprimida, contribuye a la falta de comprensión y al estigma, dilatando o impidiendo la adecuada detección y manejo.

En cuanto a Aramburu¹ estima que Los factores ginecoobstétricos y el estatus socioeconómico son factores de riesgo moderado para el desarrollo de depresión postparto. Es de importancia reconocer los factores relacionales/satisfacción marital, el nacimiento del primer hijo y los factores psicosociales como factores de alto riesgo para el desarrollo de depresión posparto en mujeres dentro de los primeros meses.

Diaz³⁰ afirma que la depresión postparto se suman otros factores de riesgo de orden psicosocial como el estrés medio ambiental por los cambios en las rutinas de trabajo y del hogar, pérdida de control, pérdida de la figura y el hecho de sentirse menos atractiva, la percepción de estar abrumada con un nuevo bebe a quien cuidar y las dudas sobre su capacidad de ser buena madre. Las madres con depresión postparto tienen la sensación de no

disponer de tiempo para nada, de no hacer nada bien y de no poder hacer nada para remediarlo. A estas pacientes les resulta realmente difícil el establecer nuevas rutinas para poder hacer frente al bebé y a la nueva situación que viven.

Los hallazgos del presente estudio corroboran las conclusiones obtenidas por Rojas¹⁵, Wolff¹⁷, Aramburu¹ y Diaz³⁰ los autores refieren que la depresión postparto se asocia con el nacimiento del primer hijo, alteraciones en el vínculo madre-hijo. Sin embargo el impacto de la depresión es mucho más profundo, afectando prácticamente todos los aspectos de la vida de la persona deprimida, tales como las relaciones interpersonales, el funcionamiento conductual y el funcionamiento cognitivo. Los hallazgos encontrados del presente estudio respecto a las características sociales, la fecundidad no se asocia con la depresión postparto, siendo el potencial reproductivo de un organismo o población. En el caso del ser humano, es la capacidad que tiene el individuo, hombre o mujer, de reproducirse y transmitir sus genes a su descendencia. La fecundidad viene dada por los nacidos vivos con relación a la mujer. La tasa global de fecundidad será el valor que relaciona el número de nacidos vivos con el número de mujeres que se encuentran en edad fértil (15-49 años) en un lugar determinado; la depresión postparto es un trastorno del estado de ánimo que se produce durante un período específico de tiempo de vida de las mujeres: el puerperio. La prevalencia de depresión postparto varía de 8% a 30%, y un aumento de tres veces se ve en emergente en comparación con los países desarrollados. Las puérperas con depresión postparto constituyen un grupo que requiere de una atención más clínica debido a su gran vulnerabilidad biológica, los síntomas depresivos activos y el enorme riesgo psicosocial; el

nacimiento del primer hijo representa, el paso de una mujer a ser madre por primera vez le causa cierta inseguridad, la adquisición de nuevos roles y destrezas vinculadas a la maternidad la cual se puede convertir en una mayor frecuencia de episodios, con un mayor número de síntomas y con tasas muchos mayores de depresión postparto.

CONCLUSIONES

El presente estudio permitió arribar a las siguientes conclusiones:

PRIMERA: No existe asociación entre las características biológicas, psicológicas y sociales y la depresión postparto en puérperas atendidas en el Establecimiento de Salud I-4 José Antonio Encinas.

SEGUNDA: Las características biológicas: control prenatal, psicoprofilaxis, tipo de parto, antecedentes durante el embarazo y antecedente de patología en el recién nacido no se asocian con la depresión postparto.

TERCERA: Las características psicológicas: recibe apoyo familiar y apoyo de la pareja no se asocian con la depresión postparto.

CUARTA: Las características sociales: grado de instrucción, ocupación y fecundidad no tienen asociación con la depresión postparto. Sin embargo, según el coeficiente de contingencia Elorza existe relación positiva débil entre la edad y la depresión postparto.

QUINTA: Según la prueba estadística empleada la Ji Cuadrada es menor que la Ji Tabulada, no existe asociación significativa entre las características biológicas, psicológicas y sociales y la depresión postparto.

RECOMENDACIONES

AL JEFE DEL ESTABLECIMIENTO DE SALUD I-4 JOSE ANTONIO ENCINAS

AL RESPONSABLE DE LA ESTRATEGIA SANITARIA DE SALUD MENTAL

- Elaborar un plan de trabajo sobre medidas preventivas en depresión postparto e implementar en el CIE 10, el diagnóstico de depresión postparto para aquellas madres que están padeciendo esta patología en salud mental.

AL RESPONSABLE DE LA ESTRATEGIA SANITARIA DE MATERNO

- Sensibilizar a los responsables de la Estrategia sanitaria materno, para la implementación de guías y proyectos de intervención que sean viables, sostenibles e institucionalizados para conducir la salud integra de la madre en el embarazo, parto y puerperio.
- Implementar el test de la escala de Edimburgo modificado durante la atención integral que brinda el profesional de la salud, la primera se puede aplicar durante el tercer trimestre del embarazo a través del control prenatal y la segunda se puede aplicar en el puerperio durante su segundo control puerperal, es decir a los 30 días postparto.
- Aperturar un ambiente exclusivo para realizar las sesiones de psicoprofilaxis obstétrica según lo establecido.

- Organizarse y denominar a un personal de salud para la ejecución de la sesiones de psicoprofilaxis obstétrica.
- Sensibilizar a las madres gestantes en participar en las sesiones de psicoprofilaxis obstétrica.
- Sensibilizar al profesional de la salud encargado de la atención a la gestante y puérpera y cumplir con la norma técnica de materno establecida en el MINSA, asimismo incluir dentro del paquete de atención, formatos, guías para el tamizaje oportunamente de la depresión postparto.

AL RESPONSABLE DE LA ATENCION DEL NIÑO MENOR DE 5 AÑOS EN EL CONSULTORIO DE CRECIMIENTO Y DESARROLLO DEL NIÑO.

- Aplicar el test de la escala de Edimburgo modificado a las madres primíparas y multíparas que no respondieron el test, que acudan al Establecimiento de salud por control de crecimiento y desarrollo del recién nacido a los 21 días de vida y al niño menor de un año a los dos meses de vida.

A LOS EGRESADOS DE LA MAESTRIA EN SALUD PÚBLICA DE LA UNA-PUNO:

- Realizar estudios de investigación de tipo cualitativo y/o experimental (intervención) longitudinal de casos y controles aplicando el test de la Escala de Depresión Postparto de Edimburgo en gestantes en el tercer trimestre (casos) y en el puerperio a los 30 días (controles), para hacer un descarte de una depresión postparto.

BIBLIOGRAFÍA

1. Aramburu PR, Arellano RF et al. Prevalencia y factores asociados a depresión posparto en mujeres atendidas en Establecimientos de salud del primer de atención en Lima Metropolitana, junio 2011. rev. per. obstet. [Revista en Internet]. 2011. [Visitado el 17 de Octubre del 2015]. Disponible en web:
www.redalyc.org/pdf/2031/203120335006.pdf
2. Organización Mundial de la salud. Depresión postparto [Versión Electrónica]. 2013. [Visitado el día 17 de Octubre del 2015 a horas: 15:36]. Disponible en web:
<http://www.revistasmedicasmexicanas.com.mx/download/gineco/2010/ENE-RO/Femego%201.10-10%20PREVALENCIA.pdf>
3. Atencia OS. Factores de riesgo para la depresión postparto en madres adolescentes atendidas en el Hospital nacional Daniel Alcides Carrión durante Abril–Junio, 2015. Universidad Nacional Mayor de San Marcos. Programa Cybertesis-Perú. [Tesis de grado en línea]. Lima-Perú. 2015. [Visitado el día 27 de Febrero del 2016. A horas 18:16]
Disponible en: <http://cybertesis.unmsm.edu.pe/handle/cybertesis/4355>

4. Dois CA. Actualizaciones en depresión posparto. Escuela de Enfermería, facultad de medicina. pontificia universidad católica de Chile [Revista en Internet]. Santiago-Chile.2009. [Visitado el día 17 de Octubre del 2015 a horas:19:18].Disponible en web:
http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S0138600X2012000400016&script=sci_ar_text http://www.bvs.sld.cu/revistas/gin/vol38_4_12/gin16412.htm
5. Vargas MJ, García JM. Depresión postparto presencia y manejo psicológico. rev. mex. obstet [Revista en internet].Mexico.2009. [Visitado el día 17 de Octubre del 2015 a horas: 15: 30]. Disponible en web:
http://www.conductitlan.net/centro_regional_investigacion_psicologia/43_d_epresion_post_parto_presencia_manejo_psicologico.pdf.
6. Reeder JS. Enfermería materna infantil. 3a ed. México: Editorial Interamericana Mc. GRAW- HILL.1995.Pag.:599-18.
7. Pérez VR; Sáez CK; Alarcón BL; Avilés AV; Braganza UI; Coleman RJ. Variables posiblemente asociadas a depresión postparto, según escala Edimburgo. Rev. obstet. ginecol. Venezuela; 67(3):187-191, Chile-septiembre-2007. [Revista en internet]. [Visitado el día 17 de Febrero del 2016 a horas:19:18].
Disponible en:
http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/?IscScript=iah/iah.xis&src=google&base=LILA_CS&lang=p&nextAction=Ink&exprSearch=522901&indexSearch=ID
8. Póo AM, Espejo SC, Godoy PC, Gualda CM. Prevalencia y factores de riesgo asociados a la depresión postparto en puérperas de un Centro de

Atención Primaria en el Sur de Chile. Rev. méd. Chile. [Revista en Internet]. Enero-2008. [Visitado el día 09 de Noviembre del 2015 a horas 14:13]

Disponible en web:

http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-98872008000100006

9. Instituto Nacional de Estadística e Informática. Datos sociodemográficos en el Perú. [Versión Electrónica].2013. [Visitado el día 10 de Octubre del 2015 a horas: 19: 34].

Disponible en web: <http://www.inei.gob.pe/>

- 10.Lipa TF. Depresión postparto en puérperas primíparas y multíparas del establecimiento de salud I-3 José Antonio Encinas, Puno-2014. [Tesis de grado]. Universidad Nacional del Altiplano. Programa de la segunda especialidad- Facultad de Enfermería.

- 11.Pichot PT. Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales. Instituto Municipal de Investigación Médica Departamento de Informática Médica MASSON, S.A. Barcelona- Madrid. 1995. [Versión Electrónica].2016. [Visitado el día 10 de Octubre del 2016 a horas: 19:5 1].

Disponible en: <https://psicovalero.files.wordpress.com/2014/06/manual-diagnc3b3stico-y-estadc3adstico-de-los-trastornos-mentales-dsm-iv.pdf>

- 12.Molero KL. Urdaneta MO, Sanabria VA, Nasser BL, Baabel RB. Prevalencia de depresión posparto en puérperas adolescentes y adultas. Rev. chil. obstet. ginecol. vol.79 no.4 Santiago. Versión On-line ISSN 0717-7526. Trabajo Original. [Revista en internet].Venezuela- 2014.

[Visitado el día 17 de Marzo del 2016 a horas: 15: 37]. Disponible en web:

http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-75262014000400008

13. Lopes MF. Netto de Oliveira, AM; Pinto Lemos, LA; Arruda da Silva, P; Pereira da Costa Kerber, N. Frecuencia de la depresión puerperal en la maternidad de un hospital universitario de la Región del Sur. *Enferm. glob. (online)*. vol.11, n.27 rev. esp. obstet. [Revista en internet]. Murcia-España. 2012. [Visitado el 17 de Octubre del 2015 a horas 20:50]. Disponible en web:

http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S1695-61412012000300023&script=sci_arttext

14. Gutiérrez GR. Prevalencia de tristeza materna y sus factores asociados. *Rev. Ginecol Obstet Mex* 2010;78(1):53-57. [Revista en internet]. México-2010. [Visitado el día 18 de Octubre del 2015 a horas 23:00] Disponible en web:

<http://www.medigraphic.com/pdfs/ginobsmex/gom-2010/gom101i.pdf>

15. Rojas GF, Fritsch RA, Rojas FD, Barroilhet GE. Caracterización de madres deprimidas en el postparto. *Rev. méd. Chile* [Revista en Internet]. Santiago – Chile. 2010. [Visitado el 18 de Octubre del 2015 a horas 20:27]. Disponible en web:

http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-98872010000500002

16. Urdaneta MF, Rivera SA. Factores de riesgo de depresión postparto en puérperas venezolanas valoradas por medio de la escala de Edimburgo.

Programa de Obstetricia y Ginecología, Universidad del Zulia, Hospital Universitario de Maracaibo. Departamento de Ginecología y Obstetricia. Rev. chil. obstet. ginecol. [Revista en internet].Mexico.2009. [Visitado el día 17 de Octubre del 2015 a horas: 15: 30]. Disponible en web:

<http://www.revistasochog.cl/files/pdf/DR.URDANETA1.pdf>

17.Wolff CL, Valenzuela X, Zapata B. Depresión posparto en el embarazo adolescente: análisis del problema y sus consecuencias. Rev. chil. obstet. ginecol. [Revista en internet]. Chile. 2009 [visitado el 18 de Octubre del 2015 a horas 22:08]; 74(3):151-158. Disponible en web:

http://www.scielo.cl/scielo.php?pid=S0717-75262009000300004&script=sci_arttext

18.Escobar JD. Depresión posparto:¿se encuentra asociada a la violencia basada en género?. Facultad de Medicina [Revista en Internet]. Perú- Lima, 2009. [Visitado el 18 de Octubre del 2015 a horas 15: 17].Disponible en web:

http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S102555832009000200006&lng=es&nrm=iso.

19.Luna MM, Salinas PS, Luna FA. Depresión mayor en embarazadas atendidas en el Instituto Nacional Materno Perinatal de Lima, Perú. Rev Panam Salud Pública vol.26 n.4 Washington Oct. 2009. Investigación original [Revista en Internet]. Perú- Lima. [Visitado el 18 de Marzo del 2016 a horas 15: 19]. Disponible en web:

http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1020-49892009001000004

20. Rondón RM. Trastornos depresivos del embarazo y puerperio. [Revista en internet]. Acta Médica Peruana. Perú. 2005. [Visitado el día 18 de Octubre del 2015 a horas: 10: 00]. Disponible en web:
http://sisbib.unmsm.edu.pe/bvrevistas/acta_medica/2005_n1/pdf/a03.pdf
21. Pinto MC. Depresión postparto y su relación con características sociales y personales en mujeres atendidas en el centro de salud santa Adriana, Juliaca-2007. [Tesis de grado]. Universidad Nacional del Altiplano. Programa de la segunda especialidad- Facultad de Enfermería.
22. Real Academia española. Diccionario de la lengua Española. [En Línea]. España- 2017. [Visitado el día 18 de Octubre del 2016 a horas: 10: 30]. Disponible en: <http://www.rae.es/>
23. Botero JU. Obstetricia y Ginecología. Texto integrado. 8ava ed. Bogotá-Colombia: Ediciones Tinta Fresca. 2008: Pag: 173-9.
24. Ministerio de Salud. NTS N°105-MINSA/DGSP.V.01. Norma Técnica de Salud: Atención integral de la salud materna. [En Línea]. Lima-Perú- 2016. [Visitado el día 18 de Octubre del 2016 a horas: 21: 33]. Disponible en: <http://www.unfpa.org.pe/Legislacion/PDF/20131224-MINSA-NT-Atencion-Salud-Materna.pdf>
25. Ministerio de Salud. RM N°361-2011. Guía Técnica para la Psicoprofilaxis Obstétrica y Estimulación Prenatal. [En Línea]. Lima-Perú- 2016. [Visitado el día 18 de Octubre del 2016 a horas: 22: 03]. Disponible en: <ftp://ftp2.minsa.gob.pe/normaslegales/2011/RM361-2011-MINSA.pdf>
26. Maroto NG, García CM, Fernández PA. Evaluación del estado de ánimo en el puerperio con la escala de depresión postnatal de Edimburgo.

Escuela Andaluza de Salud Pública [Revista en Internet]. España-Granada. Noviembre-2004. [Visitado el día 18 de Octubre del 2015 a horas: 20: 18].

Disponible en web: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=33750206>

27. Pantoja (1995); (28) Pantoja MP. Factores de riesgo en la psicosis postparto. [Tesis de grado en internet]. UCR. Lima- Perú, Enero, 1995.
28. Gabbe JA, Niebyl JF. Obstetricia. 4ta ed. Madrid-España: Editorial El Servier science. Traducida al Español. 2004: 702-04.
29. Gonzales MJ, Laila VE (2013); Gonzales MJ, Laila VE. Obstetricia .6ta ed. Barcelona-España: Editorial el servier. Foletra S.A. 2013:230.
30. Díaz SA. El Periodo Postparto. Instituto Chileno de Medicina Reproductiva. rev. chil. obstet. [Revista en Internet]. Chile-2006. [Visitado el día 18 de Octubre del 2015 a horas:17:15]. Disponible en web:

<http://www.unicef.cl/lactancia/docs/mod04/POST-PARTO.pdf>
31. Buist AE. Perinatal depression. Australian Family Physician [Revista en Internet] Traducción en Español. 1999 [Visitado el 18 de Octubre del 2015];35.
32. Medina SE. Diferencias entre la depresión posparto, la psicosis y la tristeza posparto. Universidad Anáhuac del norte. Maestría en psicología clínica y psicoterapia. rev per. rep hum. Vol 27, n.3 [Revista en Internet]. México-2013. [Visitado el 18 de Octubre del 2015 a horas 20:50]. Disponible en web: <http://www.medigraphic.com/pdfs/inper/ip-2013/ip133h.pdf>.

33. Eco HA. Como hacer una tesis. Técnicas y procedimientos de estudio investigación y escritura. [Revista en Internet]. España-2013. [Visitado el 18 de Noviembre del 2016 a horas 22:05].

Disponible

en:

http://www.upv.es/laboluz/master/seminario/textos/umberto_eco.pdf

34. Plan operativo anual. Ministerio de Salud. Dirección regional de salud Puno. Microred de Salud I-4 José Antonio Encinas. Puno- Perú- 2013.

35. Gutiérrez RL. Dueñas de la Rosa EM, Cedillo CA, Ponce AL. Prevalencia de tristeza materna y sus factores asociados. Rev.Ginecol Obstet Mex 2010; 78 (01) [Revista en Internet]. México-2010. [Visitado el 17 de Octubre del 2015 a horas 20:27]. Disponible en web:

<http://new.medigraphic.com/cgi-bin/resumen.cgi?IDARTICULO=>



ANEXOS

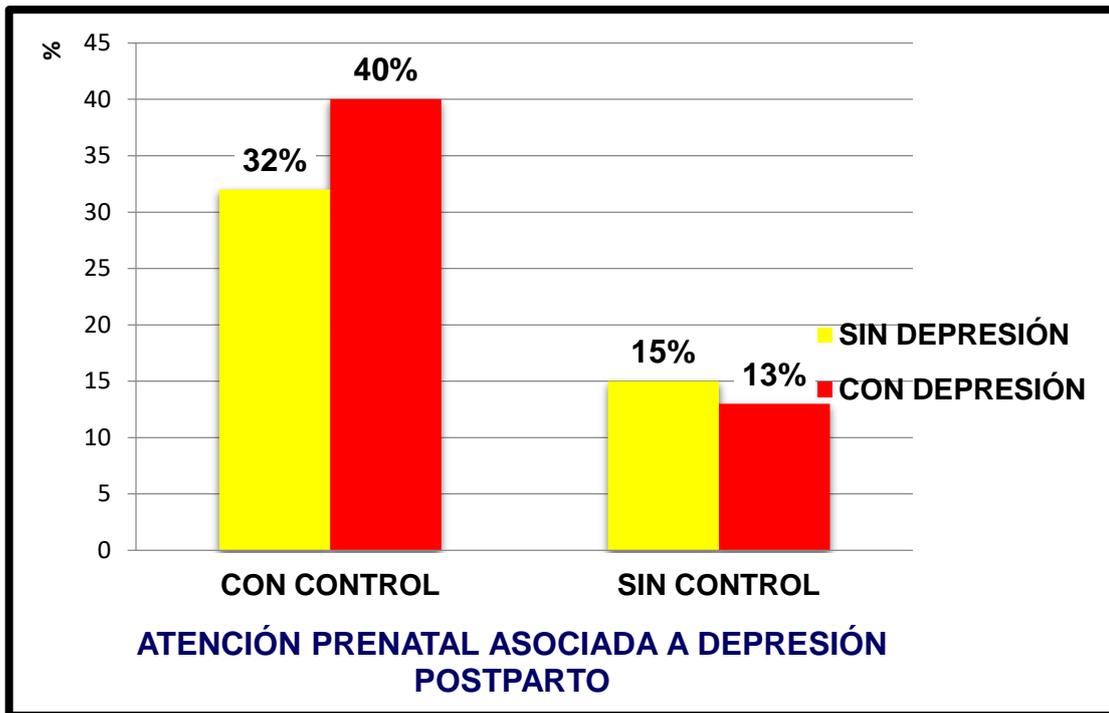


Figura 13. Control prenatal asociada con depresión postparto en puérperas atendidas en el Establecimiento de Salud I-4 José Antonio Encinas de Puno, 2016.

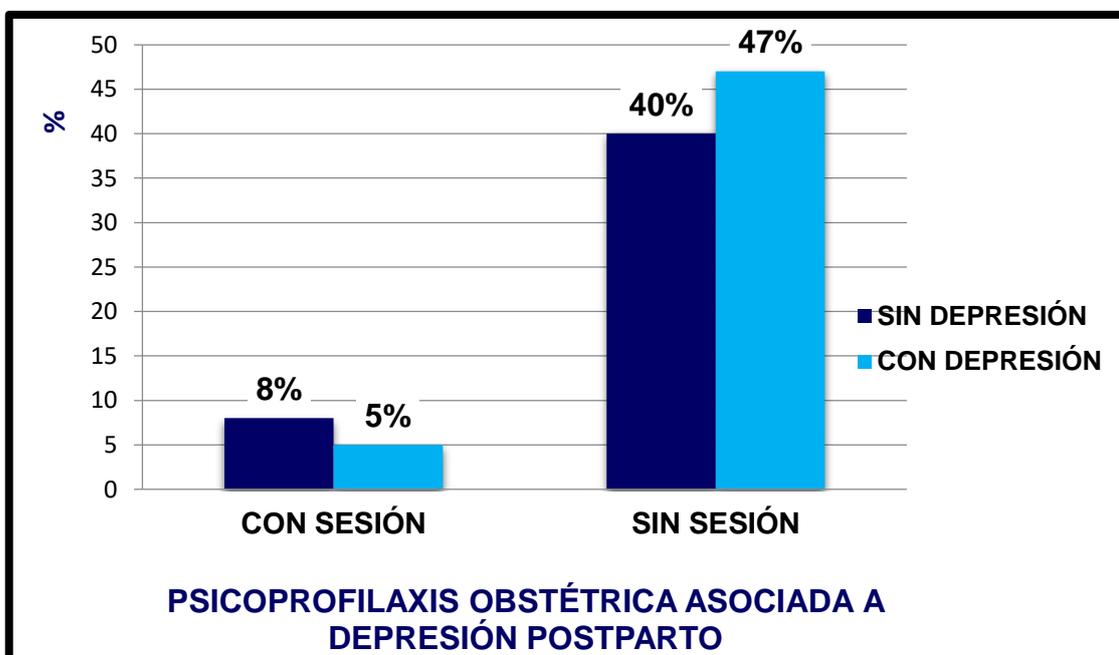


Figura 14. Psicoprofilaxis obstétrica asociada con depresión postparto en puérperas atendidas en el Establecimiento de Salud I-4 José Antonio Encinas de Puno, 2016.

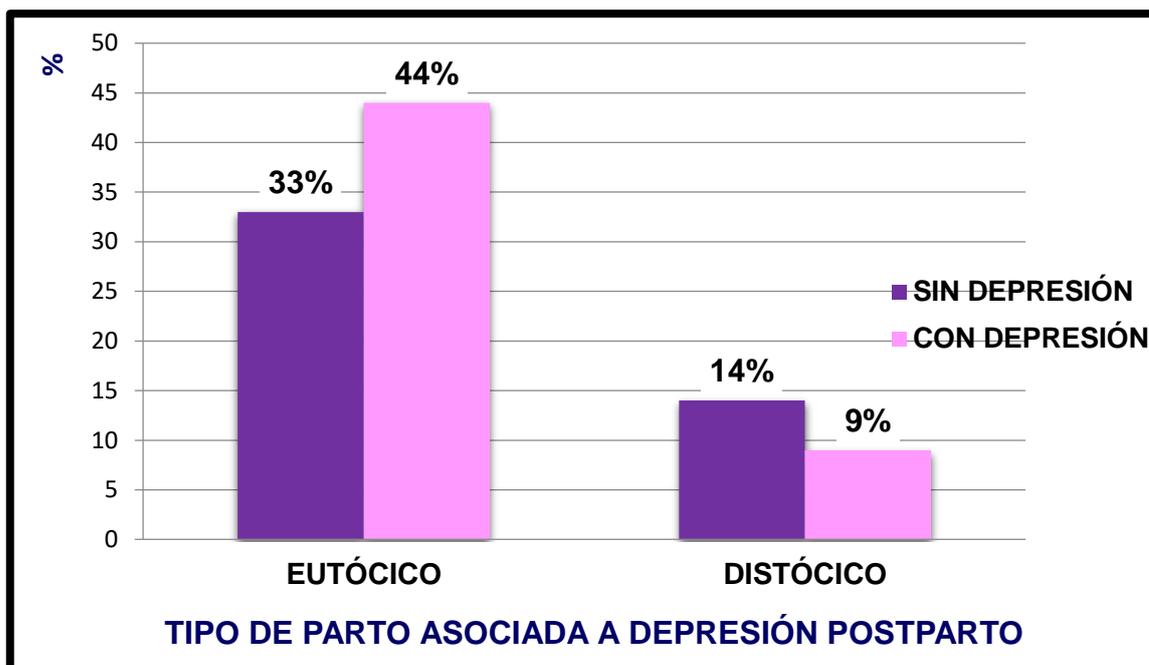


Figura 15. Tipo de parto asociada con depresión postparto en puérperas atendidas en el Establecimiento de Salud I-4 José Antonio Encinas de Puno, 2016

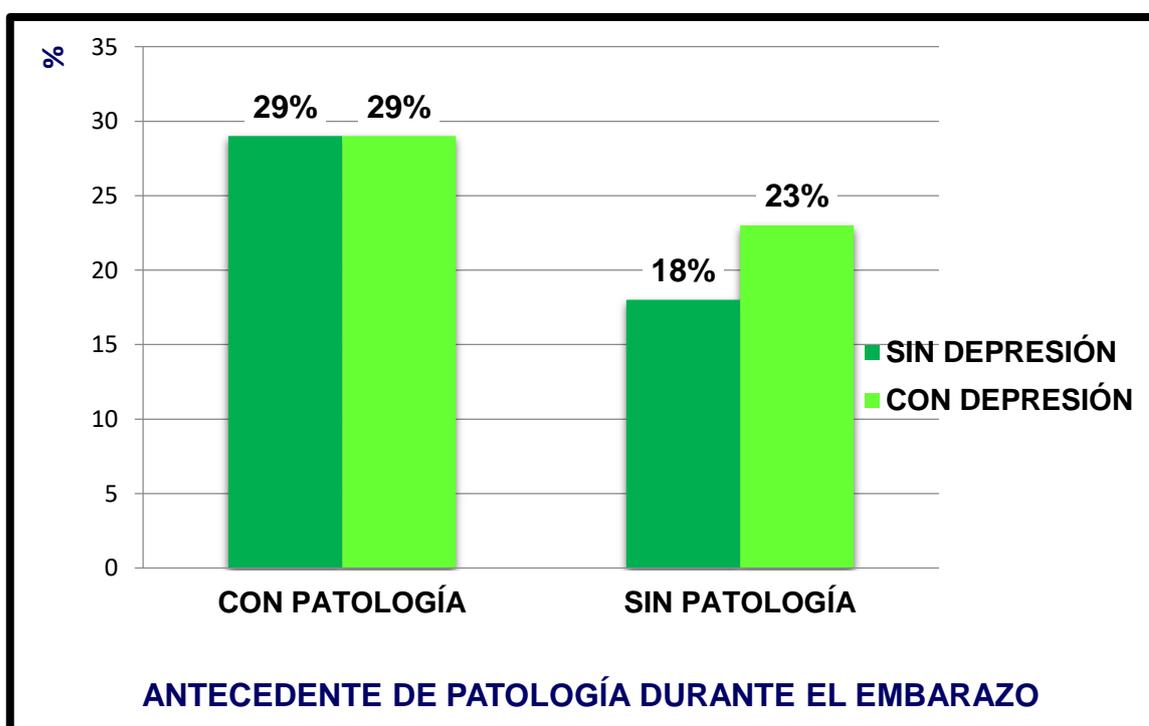


Figura 16. Antecedente de patología durante el embarazo asociadas con depresión postparto en puérperas atendidas en el Establecimiento de Salud I-4 José Antonio Encinas de Puno, 2016

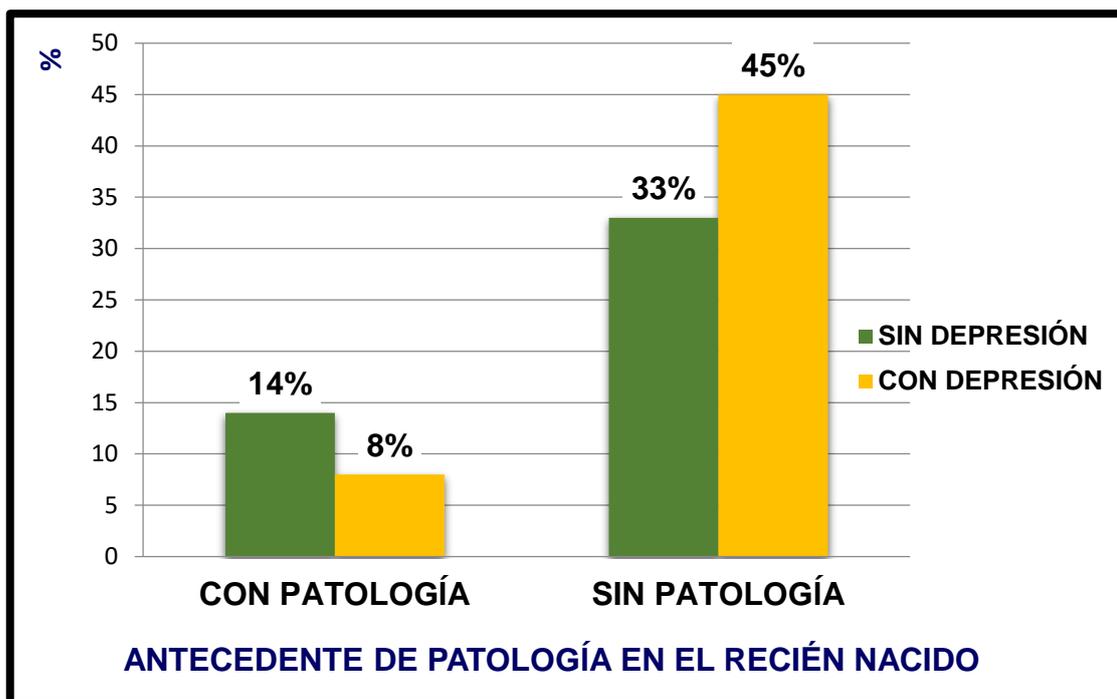


Figura 17. Antecedente de patología en el recién nacido asociada con depresión postparto en puérperas atendidas en el Establecimiento de Salud I-4 José Antonio Encinas de Puno, 2016

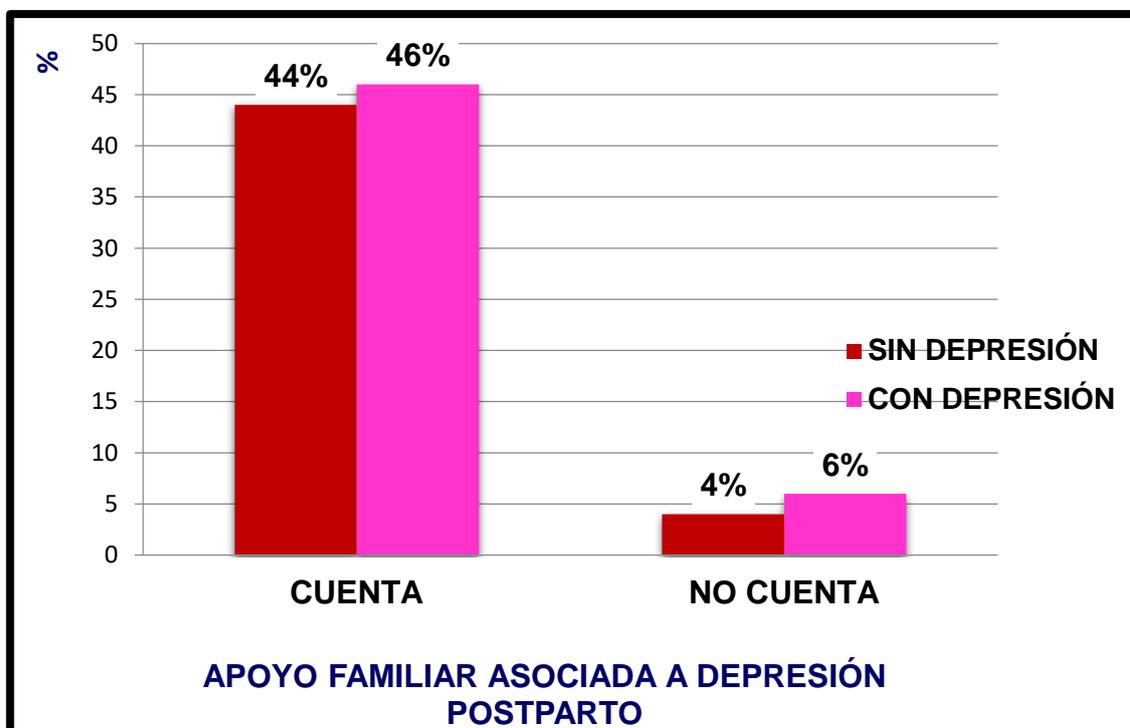


Figura 18. Apoyo familiar asociada con depresión postparto en puérperas atendidas en el Establecimiento de Salud I-4 José Antonio Encinas de Puno, 2016

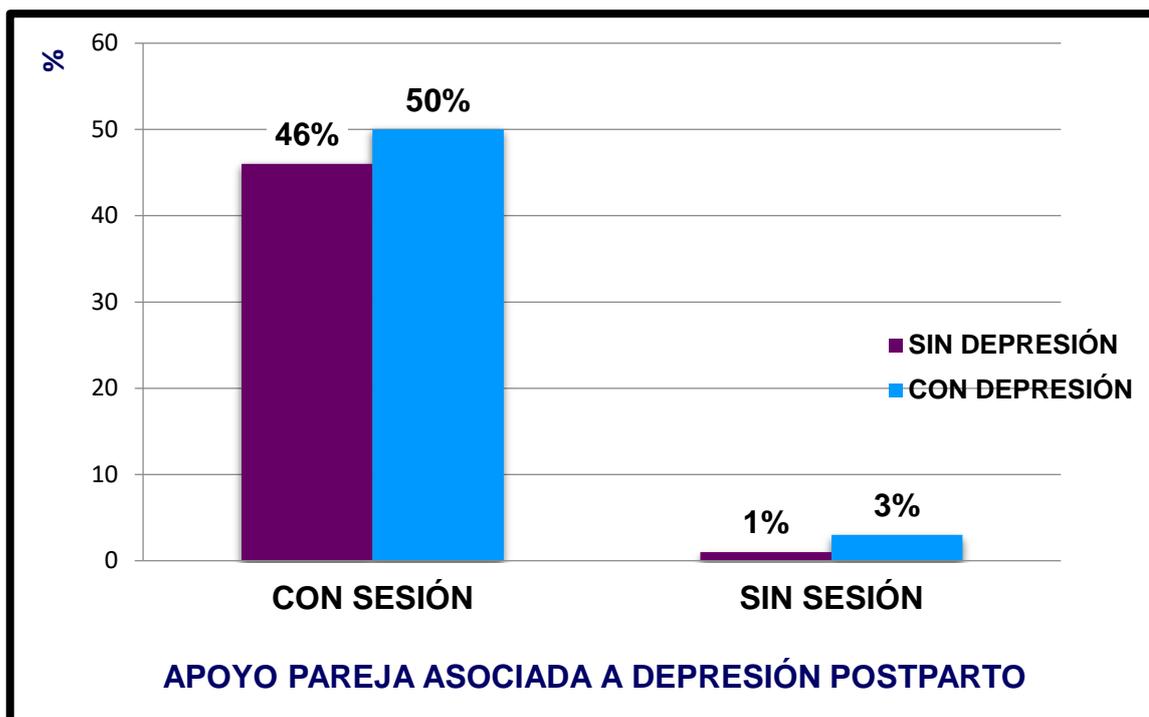


Figura 19. Apoyo de su pareja asociada con depresión postparto en puérperas atendidas en el Establecimiento de Salud I-4 José Antonio Encinas de Puno, 2016.

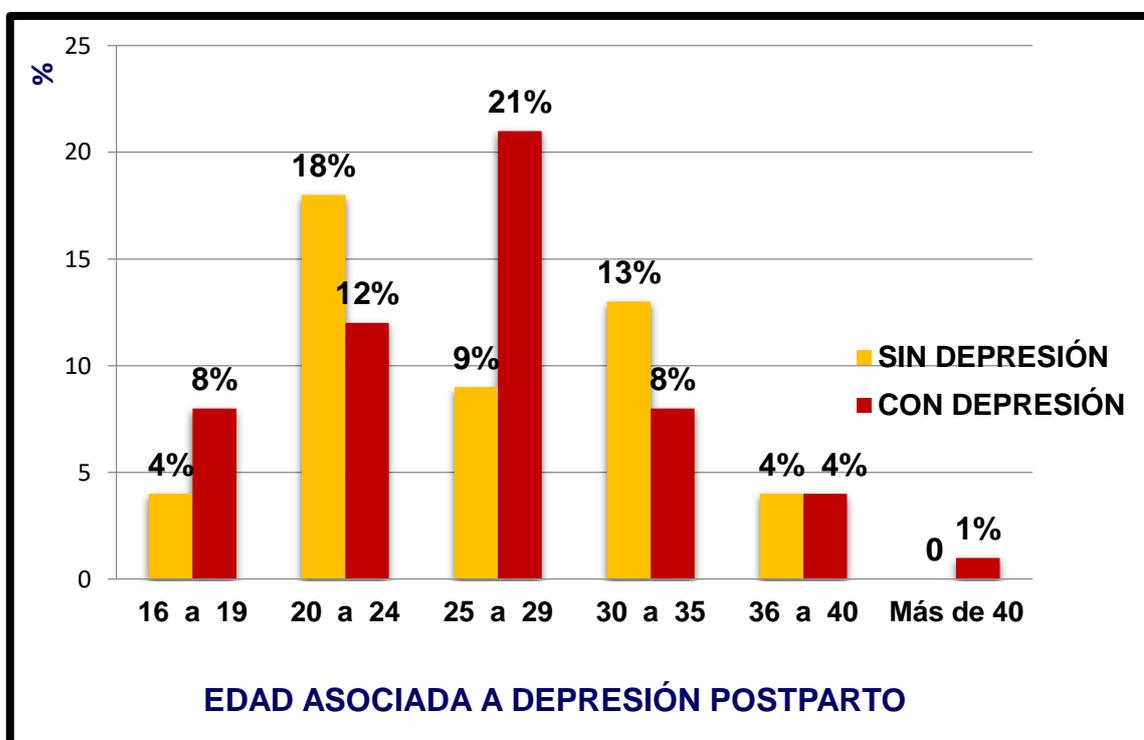


Figura 20. Edad asociada con depresión postparto en puérperas atendidas en el Establecimiento de Salud I-4 José Antonio Encinas de Puno, 2016

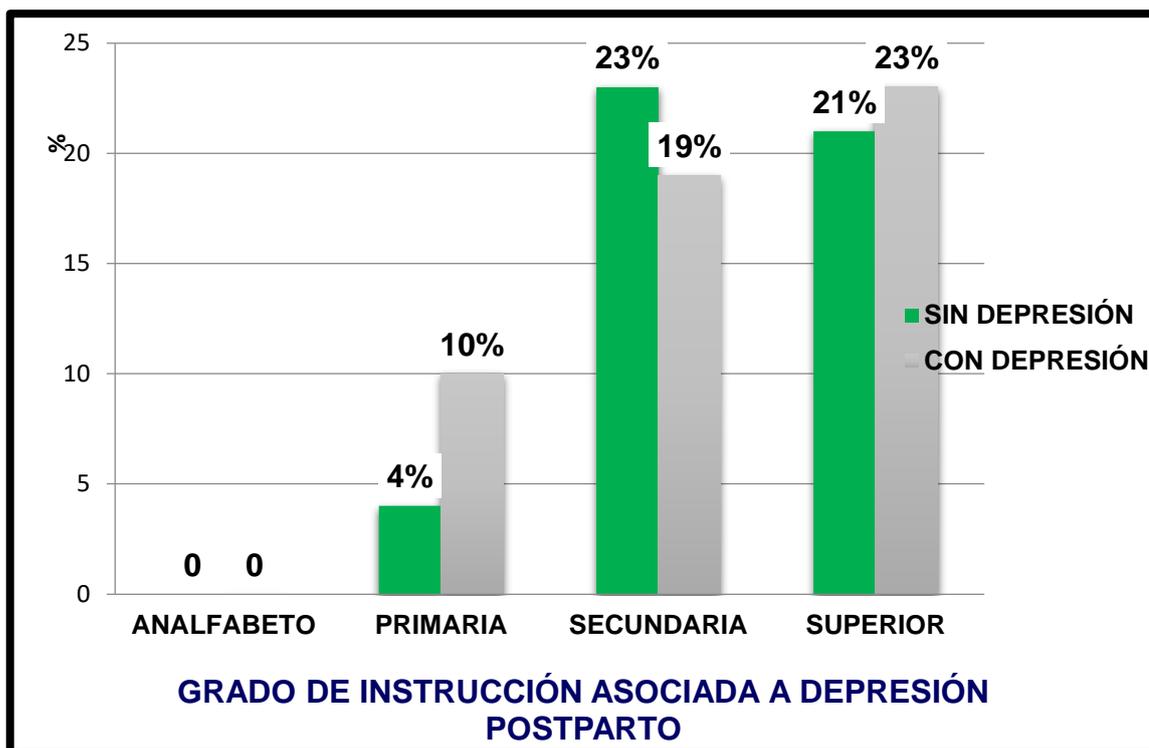


Figura 21. Grado de instrucción asociada con depresión postparto en puérperas atendidas en el Establecimiento de Salud I-4 José Antonio Encinas de Puno, 2016.

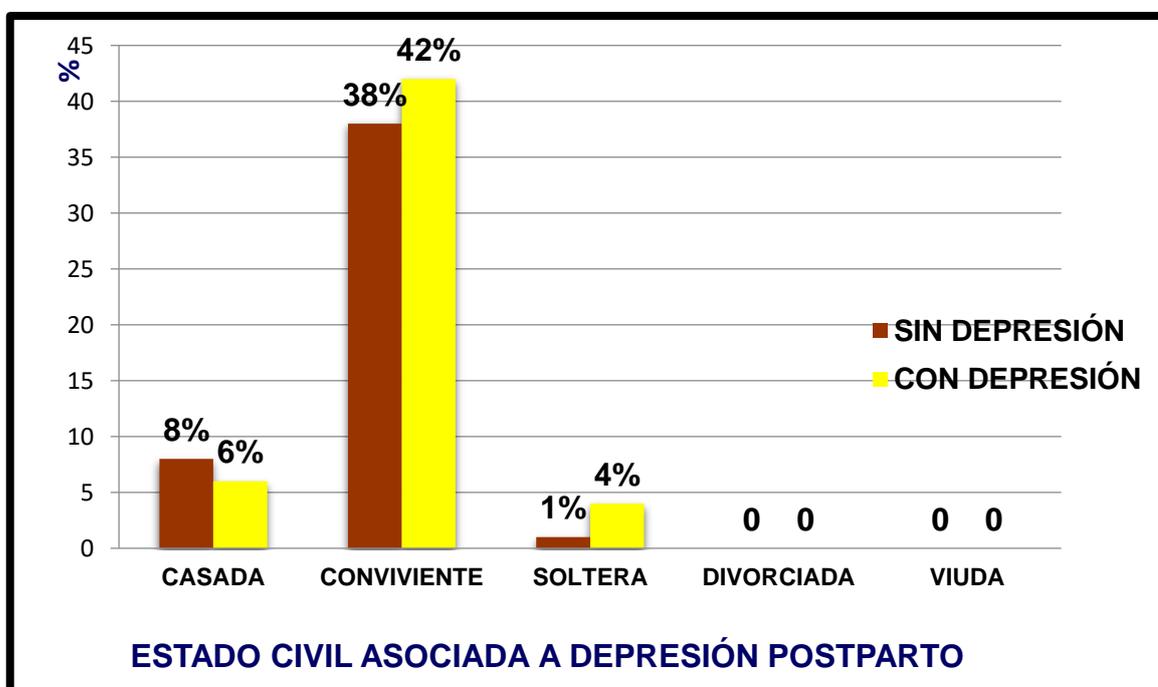


Figura 22. Estado civil asociada con depresión postparto en puérperas atendidas en el Establecimiento de Salud I-4 José Antonio Encinas de Puno, 2016

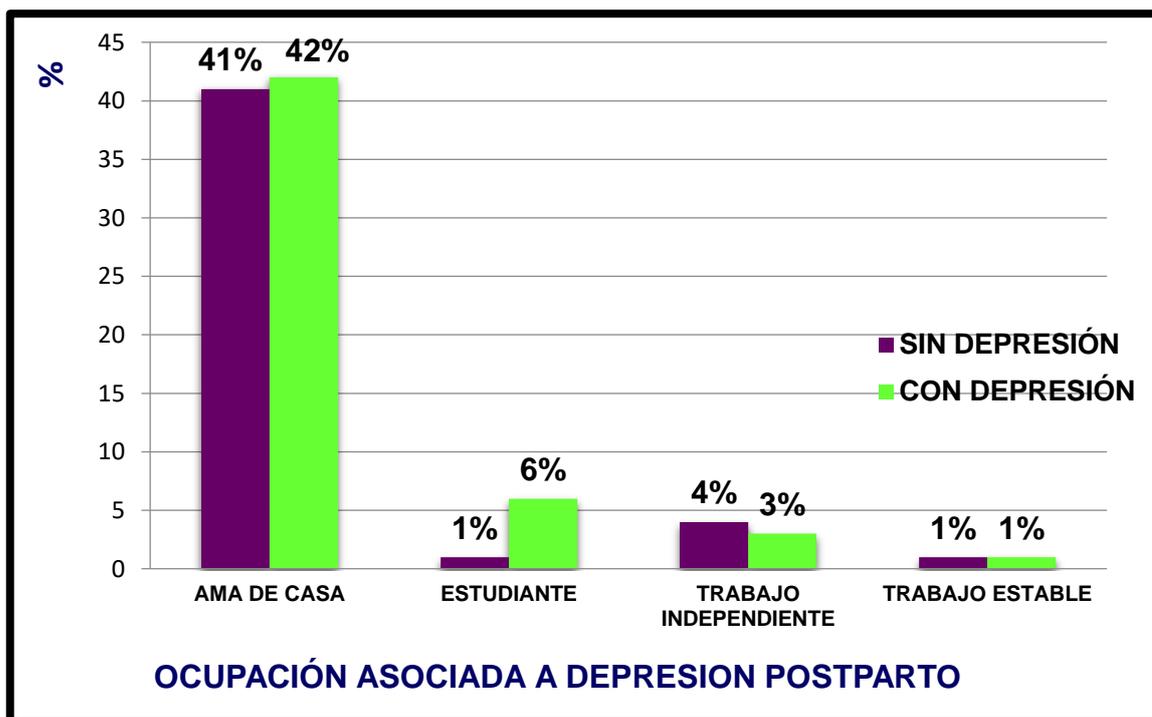


Figura 23. Ocupación asociada con depresión postparto en puérperas atendidas en el Establecimiento de Salud I-4 José Antonio Encinas de Puno, 2016

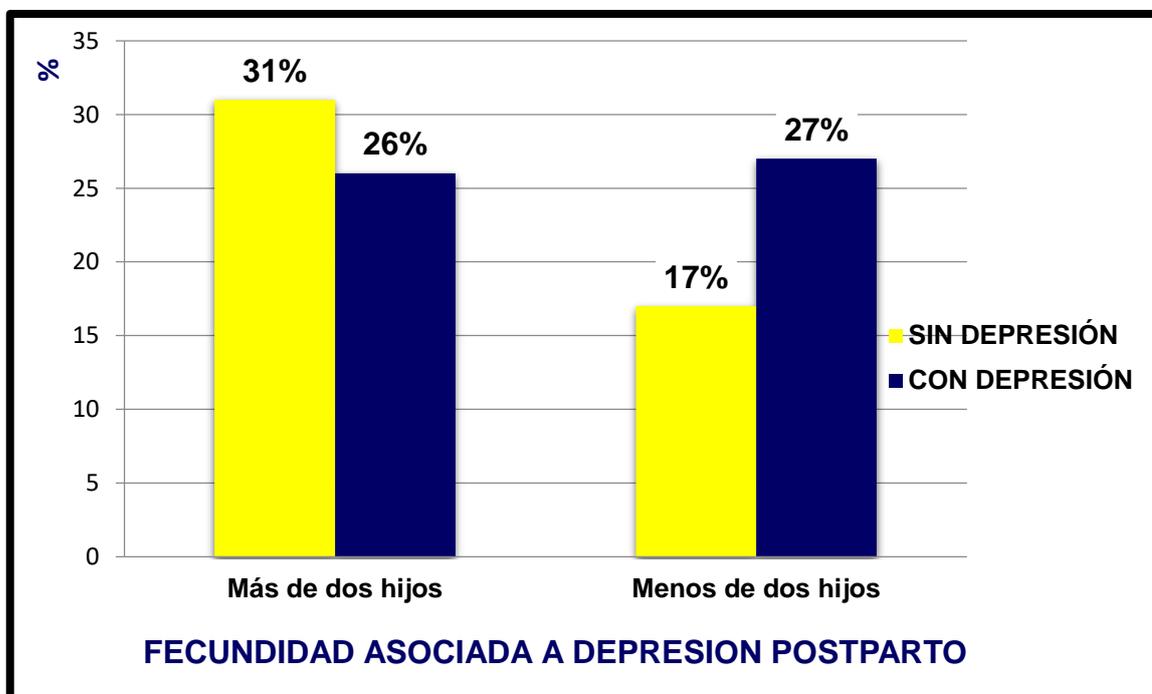


Figura 24. Fecundidad asociada con depresión postparto en puérperas atendidas en el Establecimiento de Salud I-4 José Antonio Encinas de Puno, 2016.

Anexo 1. Tratamiento Estadístico

Control prenatal asociada a depresión postparto

Tabla cruzada

Recuento

		Depresión		Total
		sin depresión	con depresión	
B_atenc_prenatal	con control	25	31	56
	sin control	12	10	22
Total		37	41	78

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Sig. asintótica (2 caras)	Significación exacta (2 caras)	Significación exacta (1 cara)
Chi-cuadrado de Pearson	,621 ^a	1	,431	,461	,296
Corrección de continuidad ^b	,288	1	,592		
Razón de verosimilitud	,621	1	,431		
Prueba exacta de Fisher					
Asociación lineal por lineal	,613	1	,434		
N de casos válidos	78				

a. 0 casillas (0,0%) han esperado un recuento menor que 5. El recuento mínimo esperado es 10,44.

b. Sólo se ha calculado para una tabla 2x2

Medidas simétricas

		Valor	Aprox. Sig.
Nominal por Nominal	Coficiente de contingencia	,089	,431
N de casos válidos		78	

Psicoprofilaxis obstetrica asociada a depresión postparto

Tabla cruzada

Recuento

		Depresión		Total
		sin depresión	con depresión	
B_psicoprofilax	se hizo	6	4	10
	no se hizo	31	37	68
Total		37	41	78

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Sig. asintótica (2 caras)	Significación exacta (2 caras)	Significación exacta (1 cara)
Chi-cuadrado de Pearson	,726 ^a	1	,394	,504	,304
Corrección de continuidad ^b	,263	1	,608		
Razón de verosimilitud	,728	1	,394		
Prueba exacta de Fisher					
Asociación lineal por lineal	,717	1	,397		
N de casos válidos	78				

a. 1 casillas (25,0%) han esperado un recuento menor que 5. El recuento mínimo esperado es 4,74.

b. Sólo se ha calculado para una tabla 2x2

Medidas simétricas

		Valor	Aprox. Sig.
Nominal por Nominal	Coficiente de contingencia	,096	,394
N de casos válidos		78	

Tipo de parto asociada a depresión postparto

Tabla cruzada

Recuento

		Depresión		Total
		sin depresión	con depresión	
B tipo parto	eutócico	26	34	60
	distócico	11	7	18
Total		37	41	78

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Sig. asintótica (2 caras)	Significación exacta (2 caras)
Chi-cuadrado de Pearson	1,755 ^a	1	,185	,282
Corrección de continuidad ^b	1,114	1	,291	
Razón de verosimilitud	1,761	1	,185	
Prueba exacta de Fisher				
Asociación lineal por lineal	1,733	1	,188	
N de casos válidos	78			

a. 0 casillas (0,0%) han esperado un recuento menor que 5. El recuento mínimo esperado es 8,54.

b. Sólo se ha calculado para una tabla 2x2

Medidas simétricas

		Valor	Aprox. Sig.
Nominal por Nominal	Coefficiente de contingencia	,148	,185
N de casos válidos		78	

tipo parto * depresión:

Significación exacta (1 cara)
,146

Antecedente durante el embarazo asociada a depresión postparto

Tabla cruzada

Recuento

		Depresión		Total
		sin depresión	con depresión	
B_patoembarazo	con patología	23	23	46
	si patología	14	18	32
Total		37	41	78

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Sig. asintótica (2 caras)	Significación exacta (2 caras)	Significación exacta (1 cara)
Chi-cuadrado de Pearson	,296 ^a	1	,587	,649	,377
Corrección de continuidad ^b	,098	1	,754		
Razón de verosimilitud	,296	1	,586		
Prueba exacta de Fisher					
Asociación lineal por lineal	,292	1	,589		
N de casos válidos	78				

a. 0 casillas (0,0%) han esperado un recuento menor que 5. El recuento mínimo esperado es 15,18.

b. Sólo se ha calculado para una tabla 2x2

Medidas simétricas

		Valor	Aprox. Sig.
Nominal por Nominal	Coefficiente de contingencia	,061	,587
N de casos válidos		78	

Antecedente de patología en el recién nacido asociada a depresión postparto

Tabla cruzada

Recuento

		Depresión		Total
		sin depresión	con depresión	
B_patonacido	con patología	11	6	17
	si patología	26	35	61
Total		37	41	78

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Sig. asintótica (2 caras)	Significación exacta (2 caras)	Significación exacta (1 cara)
Chi-cuadrado de Pearson	2,600 ^a	1	,107	,169	,090
Corrección de continuidad ^b	1,790	1	,181		
Razón de verosimilitud	2,620	1	,106		
Prueba exacta de Fisher					
Asociación lineal por lineal	2,567	1	,109		
N de casos válidos	78				

a. 0 casillas (0,0%) han esperado un recuento menor que 5. El recuento mínimo esperado es 8,06.

b. Sólo se ha calculado para una tabla 2x2

Medidas simétricas

		Valor	Aprox. Sig.
Nominal por Nominal	Coficiente de contingencia	,180	,107
N de casos válidos		78	

Apoyo familiar asociada a depresión postparto

Tabla cruzada

Recuento

		Depresión		Total
		sin depresión	con depresión	
Ps_apoyfamiliar	cuenta apoyo	34	36	70
	no cuenta	3	5	8
Total		37	41	78

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Sig. asintótica (2 caras)	Significación exacta (2 caras)	Significació n exacta (1 cara)
Chi-cuadrado de Pearson	,353 ^a	1	,552	,715	,416
Corrección de continuidad ^b	,049	1	,826		
Razón de verosimilitud	,357	1	,550		
Prueba exacta de Fisher					
Asociación lineal por lineal	,348	1	,555		
N de casos válidos	78				

a. 2 casillas (50,0%) han esperado un recuento menor que 5. El recuento mínimo esperado es 3,79.

b. Sólo se ha calculado para una tabla 2x2

Medidas simétricas

		Valor	Aprox. Sig.
Nominal por Nominal	Coficiente de contingencia	,067	,552
N de casos válidos		78	

Apoyo de la pareja asociada a depresión postparto

Tabla cruzada

Recuento		Depresión		Total
		sin depresión	con depresión	
Ps_pareja	cuenta apoyo	36	39	75
	no cuenta	1	2	3
Total		37	41	78

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Sig. asintótica (2 caras)	Significación exacta (2 caras)	Significación exacta (1 cara)
Chi-cuadrado de Pearson	,249 ^a	1	,618		
Corrección de continuidad ^b	,000	1	1,000		
Razón de verosimilitud	,255	1	,614		
Prueba exacta de Fisher				1,000	,539
Asociación lineal por lineal	,246	1	,620		
N de casos válidos	78				

a. 2 casillas (50,0%) han esperado un recuento menor que 5. El recuento mínimo esperado es 1,42.

b. Sólo se ha calculado para una tabla 2x2

Medidas simétricas

		Valor	Aprox. Sig.
Nominal por Nominal	Coficiente de contingencia	,056	,618
N de casos válidos		78	

Edad asociada a depresión postparto

Tabla cruzada

Recuento		Depresión		Total
		sin depresión	con depresión	
So_edad	16 a 19	3	6	9
	20 a 24	14	9	23
	25 a 29	7	16	23
	30 a 35	10	6	16
	36 a 40	3	3	6
	Mas de 40	0	1	1
Total		37	41	78

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Sig. asintótica (2 caras)
Chi-cuadrado de Pearson	7,423 ^a	5	,191
Razón de verosimilitud	7,924	5	,160
Asociación lineal por lineal	,021	1	,886
N de casos válidos	78		

a. 6 casillas (50,0%) han esperado un recuento menor que 5. El recuento mínimo esperado es ,47.

Medidas simétricas

		Valor	Aprox. Sig.
Nominal por Nominal	Coficiente de contingencia	,295	,191
N de casos válidos		78	

Grado de instrucción asociada a depresión postparto

Tabla cruzada

Recuento		Depresión		Total
		sin depresión	con depresión	
So_escolaridad	primaria	3	8	11
	secundaria	18	15	33
	superior	16	18	34
Total		37	41	78

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Sig. asintótica (2 caras)
Chi-cuadrado de Pearson	2,464 ^a	2	,292
Razón de verosimilitud	2,544	2	,280
Asociación lineal por lineal	,452	1	,501
N de casos válidos	78		

a. 0 casillas (0,0%) han esperado un recuento menor que 5. El recuento mínimo esperado es 5,22.

Medidas simétricas

		Valor	Aprox. Sig.
Nominal por Nominal	Coficiente de contingencia	,175	,292
N de casos válidos		78	

Estado civil asociada a depresión postparto

Tabla cruzada

Recuento		Depresión		Total
		sin depresión	con depresión	
So_estacivil	casada	6	5	11
	conviviente	30	33	63
	soltera	1	3	4
Total		37	41	78

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Sig. asintótica (2 caras)
Chi-cuadrado de Pearson	1,031 ^a	2	,597
Razón de verosimilitud	1,075	2	,584
Asociación lineal por lineal	,777	1	,378
N de casos válidos	78		

a. 2 casillas (33,3%) han esperado un recuento menor que 5. El recuento mínimo esperado es 1,90.

Medidas simétricas

		Valor	Aprox. Sig.
Nominal por Nominal	Coficiente de contingencia	,114	,597
N de casos válidos		78	

Ocupación asociada a depresión postparto

Tabla cruzada

Recuento		Depresión		Total
		sin depresión	con depresión	
Ocupación	ama de casa	32	33	65
	estudiante	1	5	6
	trabajo indep	3	2	5
	trabajo estable	1	1	2
Total		37	41	78

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Sig. asintótica (2 caras)
Chi-cuadrado de Pearson	2,684 ^a	3	,443
Razón de verosimilitud	2,923	3	,404
Asociación lineal por lineal	,020	1	,888
N de casos válidos	78		

a. 6 casillas (75,0%) han esperado un recuento menor que 5. El recuento mínimo esperado es ,95.

Medidas simétricas

		Valor	Aprox. Sig.
Nominal por Nominal	Coficiente de contingencia	,182	,443
N de casos válidos		78	

Fecundidad asociada a depresión postparto

Tabla cruzada

Recuento		Depresión		Total
		sin depresión	con depresión	
So_hijos	mayor de 2	24	20	44
	menor de 2	13	21	34
Total		37	41	78

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Sig. asintótica (2 caras)	Significación exacta (2 caras)	Significación exacta (1 cara)
Chi-cuadrado de Pearson	2,046 ^a	1	,153		
Corrección de continuidad ^b	1,444	1	,229		
Razón de verosimilitud	2,059	1	,151		
Prueba exacta de Fisher				,176	,115
Asociación lineal por lineal	2,020	1	,155		
N de casos válidos	78				

a. 0 casillas (0,0%) han esperado un recuento menor que 5. El recuento mínimo esperado es 16,13.
 b. Sólo se ha calculado para una tabla 2x2

Medidas simétricas

		Valor	Aprox. Sig.
Nominal por Nominal	Coficiente de contingencia	,160	,153
N de casos válidos		78	

Anexo 2. Matriz de Consistencia

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	HIPÓTESIS	OBJETIVOS	VARIABLES	INDICADORES	MÉTODO	ESTADÍSTICA
¿Cuáles son las características biológicas, psicológicas y sociales que se relacionan con la depresión postparto en puérperas atendidas en el establecimiento de salud I-3 José Antonio Encinas, Puno-2016?	Las características biológicas, psicológicas y sociales está asociado significativamente con la depresión postparto en puérperas atendidas en el Establecimiento de Salud I-4 José Antonio Encinas de Puno, 2016.	OBJETIVO GENERAL: Determinar la asociación de las características biológicas, psicológicas y sociales y la depresión postparto en puérperas atendidas en el Establecimiento de Salud I-4 José Antonio Encinas de Puno, 2016.	VARIABLE DEPENDIENTE: Depresión postparto	Respuestas emocionales	TÉCNICA: Encuesta INSTRUMENTO: Cuestionario	CHI CUADRADA

		<p>OBJETIVO ESPECÍFICO:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Identificar las características biológicas: atención prenatal, psicoprofilaxis, tipo de parto, antecedente de enfermedad durante el embarazo, antecedente de enfermedad en el recién nacido y paridad con la depresión postparto. 	<p>VARIABLE INDEPENDIENTE</p> <p>:</p> <p>Características Biológicas</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Atención prenatal - Psicoprofilaxis - Tipo de parto - Antecedente patología durante el embarazo. - Antecedente patología del recién nacido 	<p>TÉCNICA:</p> <p>Entrevista</p> <p>INSTRUMENTO:</p> <p>Guía de Entrevista</p>	<p>FRECUENCIA</p>
--	--	--	--	--	---	--------------------------

			<p>Características Psicológicas</p> <p>- Identificar las características psicológicas: apoyo de la pareja y apoyo familiar con la depresión postparto.</p>	<p>- Apoyo de la familia</p> <p>- Apoyo de la pareja</p>		FRECUENCIA
		<p>Características Sociales</p> <p>- Identificar las características sociales: edad, grado de instrucción, estado civil, ocupación y fecundidad con la depresión postparto.</p>	<p>- Edad</p> <p>- Grado de instrucción</p> <p>- Estado civil</p> <p>- Ocupación</p> <p>- Fecundidad</p>			FRECUENCIA

Fuente: Elaboración propia

Anexo 3. Formulario del consentimiento informado

CONSENTIMIENTO INFORMADO

CONSENTIMIENTO INFORMADO DE PARTICIPACIÓN EN EL ESTUDIO DE INVESTIGACIÓN TITULADO: “CARACTERÍSTICAS BIO PISCO SOCIALES ASOCIADAS A DEPRESIÓN POSTPARTO EN PUÉRPERAS ATENDIDAS EN EL ESTABLECIMIENTO DE SALUD I-4 JOSÉ ANTONIO ENCINAS, PUNO-2016.”

La Sra.....Con DNI:.....,

Acepto participar de forma voluntaria como sujeto de estudio, habiendo sido informado previamente de los objetivos, metodología y beneficios / riesgos de la investigación.

.....

.....

.....

.....

FIRMA Y DNI DEL INVESTIGADOR

FIRMA Y DNI DEL PARTICPANTE

Fecha:...../...../...../

Anexo 4. Formulario de recolección

GUIA DE ENTREVISTA

CARACTERÍSTICAS BIO PISCO SOCIALES ASOCIADAS A DEPRESIÓN POSTPARTO EN PUÉRPERAS ATENDIDAS EN EL ESTABLECIMIENTO DE SALUD I-4 JOSÉ ANTONIO ENCINAS, PUNO-2016.

NOTA: Respetada madre de familia, el presente cuestionario tiene la finalidad de obtener datos para su estudio sobre variables planteadas. Anticipadamente le agradecemos su colaboración. Los datos que se obtengan serán completamente anónimos y confidenciales.
Por favor responda en forma clara, espontánea, franca y sincera ¡¡¡¡¡¡¡¡
Coloque un aspa (X) o check () en el cuadro y/o alternativa que corresponda.

Nº PUERPERA:.....

1. CARACTERÍSTICAS SOCIALES RELACIONADAS CON LA DEPRESIÓN POSTPARTO

EDAD:

- 16 a 19 años
- 20 - 24 años
- 25 a 29 años
- 30 a 35 años
- 36 a 40 años
- 40 años a mas

ESTADO CIVIL:

- Casada
- Conviviente
- Soltera
- Divorciada
- Viuda

GRADO DE INSTRUCCIÓN:

- Analfabeto
- Primaria
- Secundaria
- Superior

OCUPACIÓN:

- Ama de casa
- Estudiante
- Trabajo Independiente
- Trabajo Estable

NÚMERO DE HIJOS:

- > 2 Hijos
- < 2Hijos

2. CARACTERÍSTICAS BIOLÓGICAS RELACIONADAS CON LA DEPRESIÓN POSTPARTO

ATENCIÓN PRENATAL:

- > 6Control prenatal
- <6 control prenatal

TIPO DE PARTO:

- Vaginal
- Cesárea

PSICOPROFILAXIS OBSTÉTRICA:

- Con Sesiones
- Sin Sesiones

ANTECEDENTE DE PATOLOGÍA EN EL RECIEN NACIDO:

- Con patología
- Sin patología

ANTECEDENTE DURANTE EL EMBARAZO:

- Con Patología
- Sin Patología

3. CARACTERÍSTICAS PSICOLÓGICAS RELACIONADAS CON LA DEPRESIÓN POSTPARTO

RECIBE APOYO DE SU PAREJA:

- Cuenta con apoyo de su pareja
- No cuenta con apoyo de su pareja

RECIBE APOYO FAMILIAR:

- Cuenta con apoyo familiar
- No cuenta con apoyo

Anexo 5. Test de la Escala de depresión postparto de Edimburgo

CARACTERÍSTICAS BIO PISCO SOCIALES ASOCIADAS A DEPRESIÓN POSTPARTO EN PUÉRPERAS ATENDIDAS EN EL ESTABLECIMIENTO DE SALUD I-4 JOSÉ ANTONIO ENCINAS, PUNO-2016.

Nº PUÉRPERA:.....

NOTA: Queremos saber cómo se siente ahora que 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 semana pasada. Por favor complete las otras preguntas de la misma manera.

Nº	ITEMS	RESPUESTAS	CAL.
01	He sido capaz de reírme y ver el lado divertido de las cosas.	() Siempre () A veces () Ocasionalmente () Nunca	= 0 = 1 = 2 = 3
02	He mirado el futuro positivamente.	() Siempre () A veces () Ocasionalmente () Nunca	= 0 = 1 = 2 = 3
03	Cuando las cosas han salido mal, me he culpado a mí misma.	() Siempre () A veces () Ocasionalmente () Nunca	= 3 = 2 = 1 = 0
04	He estado nerviosa o inquieta sin tener motivo.	() Siempre () A veces () Ocasionalmente () Nunca	= 0 = 1 = 2 = 3
05	He sentido miedo o he estado asustada sin tener motivo.	() Siempre () A veces () Ocasionalmente () Nunca	= 3 = 2 = 1 = 0
06	Los problemas diarios me causan preocupación y gran sufrimiento.	() Siempre () A veces () Ocasionalmente () Nunca	= 3 = 2 = 1 = 0
07	Me he sentido tan infeliz que he llegado a tener dificultad para dormir.	() Siempre () A veces () Ocasionalmente () Nunca	= 3 = 2 = 1 = 0
08	Me he sentido triste o desgraciada sin motivo.	() Siempre () A veces () Ocasionalmente () Nunca	= 3 = 2 = 1 = 0
09	He sido tan infeliz que he estado llorando con frecuencia.	() Siempre () A veces () Ocasionalmente () Nunca	= 3 = 2 = 1 = 0
10	Se me ha ocurrido la idea de hacerme daño.	() Siempre () A veces () Ocasionalmente () Nunca	= 3 = 2 = 1 = 0

ESCALA DE DEPRESIÓN POSTPARTO DE EDIMBURGO:

Puntuación:

<10: Sin depresión postparto

>10: Con depresión postparto

Anexo 6. Aplicación del instrumento - Establecimiento de Salud Jose Antonio Encinas.



Figura 1. Entrevista con la puérpera en alojamiento conjunto del EE.SS. I-4 José Antonio encinas de puno- 2016



Figura 2. Entrevista con la puérpera en el servicio de obstetricia del EE.SS. I-4 José Antonio encinas de puno- 2016



Figura 3. Entrevista con la puérpera en visita domiciliaria-EE.SS. I-4 José Antonio Encinas de Puno- 2016



Figura 4. EE.SS. I-4 José Antonio Encinas de Puno- 2016.