

**Facultad de Medicina “Hipólito Unanue”
Escuela de Medicina Humana**

**FACTORES DE RIESGO DE DEPRESIÓN POSTPARTO EN PUÉRPERAS DEL
HOSPITAL DE BAJA COMPLEJIDAD VITARTE OCTUBRE – DICIEMBRE 2018**

TESIS PARA OPTAR EL TITULO DE PROFESIONAL DE MEDICO CIRUJANO

AUTORA

SILVERA BENDEZU, MILUSKA ZOLINDA CATALINA

ASESOR:

Dr. MIRAVAL ROJAS, EDGAR JESUS

JURADO

Dra. VARGAS LAZO, MIRIAN GLADYS

Dra. VELASCO VALDERAS, ROSA MARÍA

Dr. ZELADA GONZALES, ANTONIO

Dr. BARBOZA CIEZA, REANIO

LIMA – PERÚ

2019

Dedicatoria

El presente trabajo es dedicado a Dios, por guiarme por el camino del Bien, por otorgarme las fuerzas del día a día para culminar una etapa más de mi desarrollo.

A mis padres por la vida, por su dedicación, por su amor, por su cariño, por el sostén y apoyo incondicional que me brindaron a lo largo de toda mi carrera profesional. Por ser un gran ejemplo como persona e inculcarme los valores para ser una mujer de bien.

A mis familiares, quienes siempre confiaron en mí y en varias oportunidades me brindaron palabras de apoyo durante mi carrera profesional.

Agradecimientos

Agradecer a todos mis docentes durante estos años de estudio, quienes brindaron su conocimiento, experiencia y aptitud para con nuestra carrera.

Agradecer a mi asesor Dr. Miraval Rojas, Edgar Jesus por la orientación, supervisión continua y paciencia con las dudas que tuviera.

Agradecer a mi alma mater, que, a pesar de las adversidades, me otorgó las herramientas para salir adelante en esta profesión.

Contenido

RESUMEN.....	6
ABSTRACT.....	7
I. INTRODUCCIÓN	8
1.1 DESCRIPCIÓN Y FORMULACIÓN DEL PROBLEMA.....	8
1.2 ANTECEDENTES.....	10
1.2.1 Antecedentes internacionales	10
1.2.2 Antecedentes nacionales	11
1.3 OBJETIVOS	13
1.3.1 Objetivo general	13
1.3.2 Objetivos específicos	13
1.4 JUSTIFICACIÓN	13
II. MARCO TEÓRICO	15
2.1 BASES	15
2.1.1 Depresión postparto	15
2.1.2 Epidemiología	15
2.1.3 Fisiopatología.....	16
2.1.4 Factores de riesgo.....	16
2.1.5 Diagnostico	18
2.1.6 Diagnóstico diferencial	20
2.1.7 Tratamiento	21
2.1.8 Prevención.....	22
2.1.9 Puerperio	23

III. MÉTODO.....	24
3.1 TIPO DE INVESTIGACIÓN	24
3.2 ÁMBITO TEMPORAL Y ESPACIAL	24
3.3 VARIABLES	24
3.4 POBLACIÓN Y MUESTRA.....	24
3.5 INSTRUMENTOS.....	26
3.6 PROCEDIMIENTOS.....	27
3.7 ANÁLISIS DE DATOS.....	27
IV. RESULTADOS.....	28
V. DISCUSIÓN DE RESULTADOS	40
VI. CONCLUSIONES	45
VII. RECOMENDACIONES	46
VIII. REFERENCIAS	48
IX. ANEXOS	52
ANEXO 1: OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES	53
ANEXO 2: CONSENTIMIENTO INFORMADO	55
ANEXO 3: ESCALA DE DEPRESION POSTPARTO DE EDIMBURGO	56
ANEXO 4: CUESTIONARIO	59
ANEXO 5: VALIDEZ DEL INSTRUMENTO PRUEBA BINOMIAL	61
ANEXO N 6: MATRIZ DE CONSISTENCIA	63

RESUMEN

Objetivo: Determinar cuáles son los factores de riesgo de depresión postparto en puérperas del servicio de ginecología y obstetricia del Hospital de baja complejidad Vitarte Octubre – diciembre 2018. **Materiales y Métodos:** Corresponde a un trabajo descriptivo, observacional y transversal, y se tomó de muestra 292 puérperas, además se realizó la escala de depresión postparto de Edimburgo y con respecto a la identificación de los factores de riesgo se les realizó una encuesta, validada por juicios de expertos. Para procesar, tabular los datos de frecuencia y armar los gráficos se hizo uso del SPSS 24.0 y Excel 10.0. **Resultados:** En este estudio de las puérperas estudiadas el 32,87% presentaron depresión postparto, con respecto a los factores sociodemográficos, ama de casa (62,5%), no conto con apoyo emocional de su pareja (54,2%), convivientes (52,1%), y con respecto los factores obstétricos-perinatales, parto abdominal (cesárea) 68,8%, primípara (67,7%). **Conclusiones:** Los principales factores de riesgo para depresión postnatal fueron: ser conviviente, ama de casa, el solo presentar estudios secundarios y el ser cesareada.

Palabras clave: Depresión Postparto, Escala Posnatal, Factores de riesgo

ABSTRACT

Objective: To determine the risk factors of postpartum depression in postpartum women of the gynecology and obstetrics service of the Hospital of Low Complexity Vitarte October - December 2018. **Materials and Methods:** Corresponds to a descriptive, observational and transversal work, in which we have In a sample of 292 puerperal women, the scale of postpartum depression in Edinburgh was carried out and, with respect to the identification of the risk factors, a survey was carried out, validated by expert judgments. To process, tabulate the frequency data and assemble the graphs, SPSS 24.0 and Excel 10.0 were used. **Results:** In this study of the postpartum women studied, 32.87% presented postpartum depression, with respect to the sociodemographic factors, housewife (62.5%), not counting on emotional support from their partner (54.2%), cohabitants (52.1%), and with respect to obstetric-perinatal factors, abdominal delivery (caesarean section) 68.8%, primiparous (67.7%). **Conclusions:** The main risk factors for postnatal depression were: being a cohabiter, housewife, only presenting secondary school and being dismissed.

Key words: Postpartum Depression, Postnatal Scale, Risk factors

I. INTRODUCCIÓN

1.1 DESCRIPCIÓN Y FORMULACIÓN DEL PROBLEMA

La “OMS”, manifestó que, en los años 2005 y 2015, la depresión había incrementado en todo el mundo en 18,4%, siendo las principales afectadas las mujeres, estimando que el 26% del sexo femenino presentara durante su vida un episodio depresivo mayor, frente al sexo masculino con un 12% (Alhasanat y Fry-McComish, 2015).

Actualmente la depresión postparto es considerada una de las complicaciones psiquiátricas de mayor frecuencia durante el puerperio, por lo que se le considera una prioridad en la Salud Pública, debido a que dicha patología presenta repercusiones en la salud materna y el neonato (Alhasanat y Fry-McComish, 2015).

En el estudio de dicha patología, se han identificado grupos de riesgo que afectan a la población, como también periodos de mayor vulnerabilidad, el cual está comprendido entre los primeras semanas y tres meses después del parto (Wisner, et al., 2004).

A nivel mundial la depresión postparto se presenta entre el 10% y 15% según diversos estudios, presentándose en gran cantidad en aquellas puérperas adolescentes y jóvenes (26%), con un nivel económico bajo (38,2%) (Patel, et al., 2012).

La Escala Postnatal, actualmente es utilizada como herramienta de diagnóstico en dicha patología a nivel mundial, por su gran sensibilidad y especificidad, evidenciándose también en los reportados de Perú (Vega-Dienstmaier, 2018).

En Inglaterra se reportó una incidencia del 10% al 15% con el uso de dicha escala, con una prevalencia 8.2% y 14.9%, Taiwán 61%, India 32%, Corea 36%, España con 25.8%, EEUU

entre 8% a 26%, Bazil con 12% y Chile con una incidencia 32.5% y prevalencia de 43% en el uso de la escala para su diagnóstico (Mendoza, y Saldivia, 2015).

En el Perú, según algunos estudios indican una prevalencia de 24.1% de depresión postparto, 46.67% en adultas y adolescentes 34,29% (Gonzales, 2017).

Cabe recalcar que no es tan sencillo, establecer cuáles son factores de riesgo, debido a que no existe un consenso, sobre cuál es el tiempo exacto de inicio de dicha patología, dificultando su hallazgo (Asociación Americana de Psiquiatría, 2013).

Por ende, con el presente estudio estableceremos ser el punto de inicio de las futuras intervenciones e investigaciones. Ya que en nuestro ámbito son bien escasos los estudios de dicho tema, por consiguiente, consideramos darle la debida importancia al realizar dicho estudio.

Formulación del Problema General

¿Cuáles son los factores de riesgo de depresión postparto en puérperas del servicio de ginecología y obstetricia del Hospital de baja complejidad Vitarte Octubre – diciembre 2018?

Formulación de los Problemas Específicos

¿Cuál es la prevalencia de depresión postparto en puérperas del servicio de ginecología y obstetricia del Hospital de baja complejidad Vitarte Octubre – diciembre 2018?

¿Qué factores sociodemográficos de depresión postparto presentan las puérperas del servicio de ginecología y obstetricia del Hospital de baja complejidad Vitarte Octubre – diciembre 2018?

¿Cuáles son factores obstétricos-perinatales de depresión postparto en las puérperas del servicio de ginecología y obstetricia del Hospital de baja complejidad Octubre – diciembre 2018?

1.2 ANTECEDENTES

1.2.1 Antecedentes internacionales

De la Aorta (2018) llevo a cabo un estudio descriptivo, tipo no experimental , la cual conto con una muestra de 100 puérperas, donde se les realizo la escala posnatal y además un cuestionario, hallando un 85% depresión postnatal en puérperas , siendo puérperas que trabajan un 30%, contando con el apoyo económico de su pareja 62%, con bachiller 49%, contando con apoyo de su pareja con un 80,8%,de relaciones interpersonales buenas 37% presentaron depresión posnatal ,se concluye que el 85% de puérperas desarrollo depresión posnatal.

Borrero y Castro (2017) en su estudio descriptivo, conto con una muestra de 203 mujeres, en las cuales se utilizaron la escala de depresión posnatal y una encuestas que fue aplicada en dichas puérperas, hallaron un 49,8% de depresión posparto, donde la mayor concentración fue entre 20-24 años 26,6%, convivientes un 48,3%, con respecto a los estudios secundarios fue un 37,9%, con respecto a os factores obstétricos múltiparas 28,1%, cesareadas un 26% desarrollaron dicha patología. Concluyeron que las 101 puérperas desarrollaron dicha patología.

Hartmann, Mendoza y Almeida (2017) llevaron a cabo un estudio transversal, diseño censo, realizado en 3 hospitales de Brasil durante todo el 2013, de una unidad de 2687 puérperas, a las cuales se le realizaron la escala posnatal y un estructurado cuestionario , hallando un 14% depresión postnatal en puérperas , siendo de mayor concentración en aquellas puérperas de 30 años o más puérperas con un 15%, de acuerdo a su clasificación por número de niños más de 2 o más 25,1%, con respecto a la educación en años de la madre de 1 a 8 años indico un 19,5%,

asimismo contando con mala y/o regular apoyo del padre del recién nacido 27,6%, las puérperas que residen con su pareja 13,5% presentaron depresión posnatal, se concluye que tener el apoyo social reduce la prevalencia en el desarrollo de dicha patología.

Liu, et al. (2017) llevaron a cabo un estudio transversal, realizado durante el año 2015, de una unidad de 882 puérperas, a las cuales se les realizaron la escala postnatal y un estructurado cuestionario, hallando un 6,7% de depresión postnatal en puérperas, siendo de mayor concentración en aquellas puérperas de 25 y 29 años con un 40,7%, de acuerdo a su clasificación por número de niños más de 2 o más 25,1%, con educación universitaria 88,1%, con a los factores obstétricos- perinatales, puérperas con parto vaginal 57,6%, primíparas con 86,4%, con inicio de lactancia materna mayor de dos horas 55,9%, sin enfermedad hipertensiva gestacional 93,2%, sin diabetes mellitus gestacional 91,5%, presentaron depresión posnatal, se concluyeron que explorar dichos factores constituye modelos eficaces de prevención.

1.2.2 Antecedentes nacionales

García y Surita (2018) su estudio fue descriptivo y retrospectivo, donde utilizaron la escala postnatal y una encuesta, siendo aplicada en una unidad de 70 puérperas, donde concluyeron; 47,1% de las puérperas tuvieron depresión postnatal y factores desencadenantes fueron, la edad comprendida de 20 a 34 años tuvo 78,8% de depresión postparto, las convivientes desarrollaron 72,7%, así como la instrucción secundaria 66,7% y con respecto a los factores perinatales y antecedentes obstétricos las multigestas con un 42,5%, cesareadas 51,1%, además las que refirieron dar de lactar al recién nacido 93,9% desarrollaron depresión postparto.

Cordova (2018) en su estudio transversal, descriptivo, constituido por 125 puérperas, donde se les aplicó la escala postnatal y una encuesta, hallando que el 34,4% de las puérperas desarrollaron depresión postnatal, de concentración mayor entre las edades 18 a 34 años 68,8%, siendo convivientes un 63,2%, de estudios secundarios 47,2%, contando con apoyo familiar 80,8%, con respecto a los factores materno-obstétricos multíparas 65,6%, parto vaginal 69,6%, con desarrollo de hipertensión gestacional 10,1%, preemclapsia 21,7%, que dieron de lactar al recién nacido 83,2% presentaron depresión posnatal, se concluye que el (34,4%) de puérperas desarrollo depresión posnatal.

Gonzales (2017) en su estudio transversal, descriptivo, constituido por 485 puérperas, siendo adultas 350 y adolescentes 35, se les aplicó la escala postnatal de Edimburgo acompañada de una encuesta estructura, hallaron una prevalencia 34.29% en las puérperas adolescentes y un 46.67% en las puérperas adultas con depresión postnatal. Por consiguiente, las puérperas adolescentes, con pareja 88.57% desarrollaron depresión postnatal; 11.43% con estudios secundarios, 86.57% son amas de casa, respecto a las características obstétricas 80% primigesta y el 57.14% parto vaginal. De las puérperas adultas 87.43% tienen pareja, 15.33% con estudios secundarios, 94.23% son amas de casa, el 59.5% con multigesta y cesareadas 50.52%, concluyendo que dicha patología se desarrolló más en adultas que en las adolescentes.

Medina (2016) en su estudio observacional, descriptivo, constituido por 110 puérperas, con la utilización de la escala postnatal y una boleta de obtención de datos, hallaron un 9,09% de depresión postnatal, dándose con mayor concentración entre las edades 26 a 30 años 29,09%, siendo casadas un 43,64%, de estudios superiores 87,27%, multíparas 40%, cesareadas 80%, presentaron depresión posnatal, se concluye que un 9,09% tuvo riesgo desarrollo la enfermedad.

1.3 OBJETIVOS

1.3.1 Objetivo general

Determinar cuáles son los factores de riesgo de depresión postparto en puérperas del servicio de ginecología y obstetricia del Hospital de baja complejidad Vitarte Octubre – diciembre 2018.

1.3.2 Objetivos específicos

Obtener la prevalencia de depresión postparto en las puérperas del servicio de ginecología y obstetricia del hospital de baja complejidad Vitarte Octubre – diciembre 2018

Precisar los factores sociodemográficos de depresión postparto en las puérperas del servicio de ginecología y obstetricia del Hospital de baja complejidad Vitarte Octubre – diciembre 2018.

Describir los factores obstétricos-perinatales de depresión postparto en las puérperas del servicio de ginecología y obstetricia del Hospital de baja complejidad Vitarte Octubre – diciembre 2018.

1.4 JUSTIFICACIÓN

Este estudio da a conocer que factores de riesgo están implicados en el surgimiento de la patología de depresión postparto en nuestro medio, ya que al ser una patología subdiagnosticada y por lo tanto no tratada adecuadamente necesitamos estar alerta ante la presencia de ciertos factores de riesgo que podrían desencadenar depresión postnatal.

Para ello también se utilizará la escala postnatal, lo cual busca detectar precozmente a las mujeres que la padecen, para de esta manera poder evitar posibles complicaciones en la relación madre –hijo.

En el hospital de Baja Complejidad Vitarte, no existe una estrategia destinada al diagnóstico precoz de esta patología, por lo cual, es de vital importancia la aplicación de la escala postnatal

en dicha población, para así poder identificar los factores de riesgo que generan su desarrollo y a partir de ello poder trabajar en estrategias preventivas, evitando complicaciones a largo plazo.

Por ende, realizó en este estudio es de gran relevancia para una adecuada relación madre – hijo, además de mejorar las actuales políticas de salud ya que es un tema de gran importancia social.

II. MARCO TEÓRICO

2.1 BASES

2.1.1 Depresión postparto

La patología de depresión postparto (DPP), según el compendio estadístico y diagnósticos de las alteraciones psicológicas (DSM-IV), manifiestan que 5 o más de estos signos y síntomas definen dicha patología: fatiga, disminución de la concentración, alteración del apetito, animo deprimido, agitación física, sentimiento de desesperanza, anhedonia, insomnio, excesiva culpa, ideación suicida que se presenta en las primeras semanas del postparto (Carro, Sierra, Hernández, Ladrón y Antolín, 2000).

En muchas ocasiones se le adjudicara los nombres de depresión puerperal o depresión postnatal, esta patología presenta sus inicios en las primeras semanas, del postparto podría durar meses e incluso años (Fernández, Iturriza, Toro y Valbuena, 2014)

Algunos autores indican que dicha patología se puede desarrollar en los primeros días postparto, llegando a durar meses y hasta podría superar el año, si la puérpera no recibe tratamiento (Carro, et al., 2000).

2.1.2 Epidemiología

Según las estadísticas de depresión postparto, establecen que aproximadamente entre el 7% y el 25% de las puérperas están presentando cuadros depresivos en los meses posteriores al parto. (Urdaneta, et al., 2011)

Los reportes latinoamericanos indican una prevalencia alta de depresión postparto: Perú 24.1%, Venezuela 22%, México 32.6%, Colombia 32.8%, Chile 50.7% (Urdaneta, et al., 2011)

2.1.3 Fisiopatología

Según algunas teorías, entre las más aceptables, asocian el surgimiento de esta patología con la cantidad de triptófano sérico, encontrándose en baja cantidad al final del embarazo y al comienzo del puerperio, respecto a las mujeres no gestantes. La serotonina es el neurotransmisor, relacionado con la DPP, que se origina a partir de triptófano (aminoácido esencial). En los primeros días después del parto, en las púerperas se presenta aumento del triptófano sérico de modo que actúa como mecanismo compensatorio, esto no ocurre en aquellas mujeres que desarrollan dicha patología (Maes, Ombélet, Verkerk, Bosmans y Scharpé, 2001).

Cabe resaltar que dichas mujeres, presentan incremento del proceso inflamatorio, con un aumento significativo de las citocinas pro inflamatorias entre las que podemos mencionar la IL-6, IL-1, la PCR y el descenso de la cantidad del factor inhibidor de las citocinas. Este aumento genera diversas variaciones en los patrones habituales de conducta, tanto en el apetito, como en el sueño, en los niveles de energía, en la actividad social y sexual; asociándose al desarrollo de la patología (Maes, et al., 2001).

2.1.4 Factores de riesgo

El riesgo de la existencia de presentar algún episodio de depresión en los días o meses posteriores al parto, aumenta considerablemente cuando se los asocia a la presencia de ciertos factores de riesgo. Siendo numerosas las causas que conllevan a su desarrollo. Son diversos los estudios que quisieron demostrar cuales son los factores y/o causas que conllevan a la aparición de esta patología en las púerperas. Actualmente no existe aún, un consenso que exponga la exactitud de cuál es la causa que la genera.

Algunos estudios mencionan, que la paridad tendría relación, refiriéndose en la forma de cómo han tolerado dicho embarazo, postparto y como pueden desarrollar la patología, debido a este factor se desarrolla con mayor facilidad un estado depresivo (Rojas et al, 2010).

Se ha evidenciado que, en el primer embarazo, las puérperas desarrollan con menor frecuencia depresión postparto (Clout y Brown, 2015).

Reforzando dicha teoría, propone que los múltiples embarazos incluyendo el actual, muestran más riesgo de presentar depresión postparto, presentando a su vez mayor puntuación en la escala de Edimburgo (Rojas, et al., 2010).

Otro factor recurrente que guarda relación con el riesgo, que se desencadene dicha patología es la edad de la puérpera (Biaggi, Conroy, Pawlby y Pariante, 2016)

Con respecto a la edad, diversos estudios indican que los embarazos a edades temprana, presentan mayor riesgo de presentar depresión después del parto, respecto a mujeres en edad promedio, resaltando aquellos embarazos adolescentes (Biaggi, et al., 2016).

En cuanto al nivel socioeconómico, diversos estudios nos indican que una situación económica individual o familiar con problemas, que le dificulten poder cubrir los gastos básicos en la casa, es más susceptible a presentar depresión postparto (Biaggi, et al., 2016).

Diversos estudios indican que el poco apoyo social que recibe la puérpera, es un factor de importancia, en otras palabras, la carencia de respaldo emocional por parte de la pareja, familiares, amistades, entre otros. No solo es el apoyo marital, el entorno también influye en el desarrollo de la patología (Biaggi, et al., 2016).

Algunos estudios muestran que el desarrollo de la depresión postparto se debe al factor del estado civil de la puérpera, esta patología se desencadena debido a la mala calidad o problemas emocionales que presente la mujer, estando soltera o casada (Biaggi, et al., 2016).

Con respecto a los aspectos relacionados con la enfermedad del recién nacido: malformaciones congénitas o ingresos a la unidad de neonatología, entre otros; son situaciones de gran impacto, que generan sentimientos de culpa en la madre, siendo un detonante para el desarrollo de dicha patología.

Son diversos los factores de riesgo o elementos que intervienen en la presencia de la patología, debemos tener en cuenta que la sintomatología muchas veces se enmascara y el diagnóstico suele ser complejo (Biaggi, et al., 2016).

2.1.5 Diagnóstico

Lo ideal es que este tipo de patología se detecte a tiempo sin embargo su diagnóstico precoz es difícil, ya que se subestima generalmente, porque la sociedad, asocia el nacimiento de un nuevo ser con alegría y dicha en la madre, por lo que muchas veces se muestran desconfiadas de manifestar sus emociones esto genera que muchas de estas pacientes pasen inadvertidas. Debemos tener en cuenta que el puerperio hay cambios psicológicos y somáticos que pueden aparentar cuadros depresivos, lo que dificulta el diagnóstico.

Lo primero es tener un diagnóstico acertado, por lo tanto, se necesita una historia clínica completa con una buena anamnesis junto a un adecuado examen físico.

Se han utilizado muchos métodos para la evaluación de la depresión postnatal, el más acertado es “The Edinburgh Postnatal Depression Scale” (EPDP o EDDS). (Clout y Brown, 2015).

ESCALA DE EDIMBURGO

Se usa en la detección de depresión postparto por médicos de atención primaria. Hay estudios donde la depresión postparto afecta aproximadamente a un 10% de las puérperas, no recibiendo un tratamiento adecuado.

En 1987 “Murray y Cox”, crearon dicha escala para identificar a las puérperas que padecían la enfermedad; de la misma forma dichos autores lograron su validación para ser aplicada en gestantes (1990), siendo utilizada en diversos países, como Francia, Nigeria, el Reino Unido estados unidos (Cox, Holden y Sagovsky, 1987)

En el Perú, dicha escala de depresión post natal fue validada el año 2002 por “Mazzotti y colaboradores”, en un estudio constituido por 231 pacientes, contando con una sensibilidad 84,21% y especificidad 79,47% , con un punto de corte mayor a 13 , indica depresión posnatal, (Mazzotti, Vega-Dienstmaier y Campos, 2002)

Dicha escala consta de 10 preguntas con puntajes de 0 a 3, de las cuales 5 preguntas constan de sentimientos de disforia, 2 relacionadas a ansiedad, 1 respecto a sentimientos de culpabilidad, 1 respecto a ideas suicidas y 1 refiriéndose a la dificultades para la concentración; por ende, la paciente manifestara como se ha sentido los últimos 7 días, el cual deberá contestar en 5 minutos, sin mayores dificultades.

2.1.6 Diagnóstico diferencial

Maternity Blues:

Es una patología que se presenta transitoriamente en las puérperas, de un 20% a 80%, cuyo inicio es entre el segundo y cuarto día después del parto, resolviéndose de forma espontánea sin dejar secuelas, en un plazo no mayor de dos semanas. La sintomatología característica es irritabilidad, cefaleas, labilidad emocional, sentimientos de minusvalía y cambios de apetito. Ha sido estipulado como aquel proceso de adaptación – mental –fisiológico de las actuales circunstancias que atraviesa la puérpera, presentando mínimas implicaciones sobre la actividad habitual de la puérpera. Es de gran importancia vigilar la persistencia de dichos síntomas, aumento de intensidad (Carro, et al., 2000).

Psicosis postparto:

La presentación varía de 1-2 por cada 1.000 nacimientos, siendo una patología aguda y grave. Presentándose de forma brusca el día 3 y 9 del postparto, sin embargo, podría iniciarse de forma más tardía, en el sexto mes. Manifestándose clínicamente con delirios, alucinaciones con implicancia del recién nacido (pensando que esta poseído por fuerzas demoniacas y debería dormir eternamente, o por el contrario que es un salvador que debe cumplir una misión divina), confusión. La existencia de la variabilidad sintomática durante el transcurso del día es de suma importancia, debido a que la puérpera puede lastimar constantemente al recién nacido incluso a ella misma, convirtiéndose dicha patología en una emergencia médica. Se evidencia un 15% - 20% de las puérperas diagnosticadas con dicha patología, han presentado antecedentes de episodios psicóticos previos. (Carro, et al., 2000).

2.1.7 Tratamiento

Para el manejo de la depresión postparto hay poca literatura sobre la prevención y el tratamiento ya que debemos tener en cuenta que el abordaje debe incluir todos los factores involucrados en su aparición, existen tratamientos farmacológicos y no farmacológicos (psicoterapéutico).

- Tratamiento farmacológico:

Se mencionan en muchos estudios las comparaciones de las diversas terapias en la depresión postparto y han concluido que el manejo farmacológico es más efectivo que el no farmacológico. El temor sobre los efectos adversos que generarían en el recién nacido, ocasiona que la madre en algunos casos no siga el tratamiento o no continúen, aunque generalmente la lactancia materna suele ser suspendida.

El tratamiento farmacológico radica con la prescripción de antidepresivos tricíclicos y los receptores inhibidores de hormona serotonina (ISRS).

Es primordial establecer la relación riesgo/beneficio en la elección del tratamiento, se deberá brindar toda la información necesaria sobre el uso de psicofármacos y su relación con la lactancia.

Ante la existencia de un antecedente previo de depresión postparto el tratamiento farmacológico con antidepresivos debe comenzar de forma inmediata después del parto para prevenir posible recaída. Con una duración de seis meses a un año de tratamiento.

- Tratamiento psicoterapéutico:

El tratamiento no farmacológico se basa en intervenciones psicológicas y psicosociales es un tratamiento complementario al tratamiento farmacológico, que tiene como importancia el

disminuir síntomas depresivos. Generando más confianza en la madre, debido a que no usa ningún medicamento y no hay efectos directos en sus bebés. Se dice que el tratamiento utilizado para la depresión postparto la terapia cognitivo conductual obtiene resultados similares a los obtenidos con el tratamiento farmacológico. Sin embargo, este tipo de terapia son costosas, además de requerir bastante tiempo y compromiso por lo que de 10 a 40% no terminan el tratamiento (Carro, et al., 2000).

2.1.8 Prevención

La aparición de depresión postparto genera una mala experiencia en la maternidad, por lo que idealmente hay que tratarlo precozmente; para ello hay que detectar precozmente el trastorno luego tratarlo inmediatamente y evitar sus consecuencias.

Cuando han tenido antecedente de una depresión postparto, no quiere decir que necesariamente en el siguiente parto se padecerá de lo mismo, Sin embargo, después del parto, es primordial prestar atención a cualquier evento que indique recurrencia y/o aparición de dicha patología, ante la detección de su presencia dar inmediatamente tratamiento (Werner, Miller, Osborne, Kuzava y Monk, 2014).

Se recomienda a la madre, una vez que haya nacido él bebe, lo siguiente:

- El descanso es primordial por ende aprovechar tales ocasiones. Establecer roles de apoyo con la pareja, intercalándose en los turnos de atención al bebe.
- Alimentación de calidad, y tomar suplementos de hierro si es que presentara anemia.
- Pedir ayuda cuando lo necesite (Werner, et al., 2014).

2.1.9 Puerperio

El puerperio inicia con la expulsión de la placenta y dura aproximadamente 1 mes y medio. Durante este periodo en el cuerpo de la madre se producen cambios orden anatómico y funcional (Schwartz, Fescina y Duverges, 2005).

Sim embargo la glándula mamaria es una excepción, puesto que continúa desarrollándose para la lactancia. (Schwartz, et al., 2005).

Clasificación de puerperio

Puerperio inmediato

Dura todo el primer día.

Puerperio mediato

Que comprende desde el primer día hasta la primera semana.

Puerperio Tardío

Empieza desde la primera semana hasta la sexta semana.

III. MÉTODO

3.1 TIPO DE INVESTIGACIÓN

Transversal, porque se toma la muestra de acuerdo a los indicadores en un solo momento. Además, es descriptivo ya que se describe un fenómeno dentro de la población de estudio y de corte transversal siendo realizado en un tiempo determinado y prospectivo ya que se realizara encuestas.

3.2 ÁMBITO TEMPORAL Y ESPACIAL

Este estudio se realizó en los consultorios externos de ginecología del Hospital de baja complejidad de Vitarte, Octubre – diciembre 2018.

3.3 VARIABLES

- Depresión postparto
- Factores sociodemográficos.
- Factores obstétricos – perinatales.

3.4 POBLACIÓN Y MUESTRA

Población: Nuestra población estará comprendida, por la totalidad de puérperas atendidas en ginecología del Hospital de baja complejidad Vitarte, Octubre - Diciembre 2018. Nuestra población fue de 1215 puérperas que acudieron a los consultorios de ginecología.

Muestra:

Para hallar la muestra utilizaremos la fórmula de muestreo probabilístico ya que conocemos a la población.

$$Z^2_{\alpha} \cdot p (1 - p) N$$

$$n = \frac{Z^2_{\alpha} \cdot p (1 - p) N}{(N - 1) E^2 + Z^2_{\alpha} \cdot p (1 - p)}$$

$$(N - 1) E^2 + Z^2_{\alpha} \cdot p (1 - p)$$

Donde:

N: Población durante el periodo de estudio (1215)

Z^2_{α} : Nivel de confianza 95%

E^2 : Error de estimación 5%

p: (0.5)

1 - p: (0.5)

$$(1.96)^2 (0.5) (0.5) (1215)$$

$$n = \frac{(1.96)^2 (0.5) (0.5) (1215)}{(1214) (0.05)^2 + (1.96)^2 (0.5) (0.5)}$$

$$(1214) (0.05)^2 + (1.96)^2 (0.5) (0.5)$$

n = 292 pacientes

Criterios de inclusión:

Pacientes puérperas que no desean voluntariamente participar en dicha investigación

Pacientes puérperas sin antecedentes psiquiátricos (esquizofrenia, trastorno bipolar)

Pacientes puérperas que hayan asistido a su control, en el consultorio externo de ginecología

Criterios de exclusión:

Pacientes puérperas que voluntariamente no desean participar en dicha investigación

Pacientes puérperas con antecedentes psiquiátricos (esquizofrenia, trastorno bipolar)

Pacientes puérperas que no hayan asistido a su control, en el consultorio externo de ginecología

3.5 INSTRUMENTOS

Se utilizó como instrumento la escala de depresión postnatal (anexo 3) , la cual se encuentra validada nacional e internacionalmente, dicha escala consta de 10 preguntas con cuatro opciones múltiples que contienen puntajes de 0 a 3, la puérpera selecciona las respuestas manifestando de cómo se siente la en los 7 días previos a la toma de dicha escala.

Si se obtiene un puntaje mayor a 13, indicara que la paciente padece de dicha patología.

Validación y confiabilidad

En el Perú, dicha escala de depresión post natal fue validada el año 2002 por “Mazzotti y colaboradores”, en un estudio constituido por 231 pacientes, contando con una sensibilidad 84,21% y especificidad 79,47% , con un punto de corte mayor a 13 , indica depresión posnatal, (Mazzotti, et al., 2002).

La técnica usada fue la encuesta, el cual fue diseñada por la autora, para la identificación de los factores, el cual consta de 11 preguntas dividida en 2 partes (anexo 4). Esta ficha fue examinada y validada por juicio de expertos (anexo5) y se efectuó una prueba piloto.

3.6 PROCEDIMIENTOS

Se solicitó el debido permiso a la institución, donde se obtuvo dicha información, de acuerdo a los trámites administrativos pertinentes, se abordó aquellas púerperas que cumplan criterios de inclusión y exclusión. De las cuales se les invito a participar firmando previamente el consentimiento informado (anexo2), por consiguiente, se aplicó la escala de Edimburgo, y consecutivamente la encuesta. En cuanto finalizaron, se les agradeció por participar en dicho estudio.

3.7 ANÁLISIS DE DATOS

Se recolectaron los datos para luego ser procesados en Excel versión 10 y SPSS versión 24, que permitieron elaborar las tablas y los gráficos de frecuencias.

IV. RESULTADOS

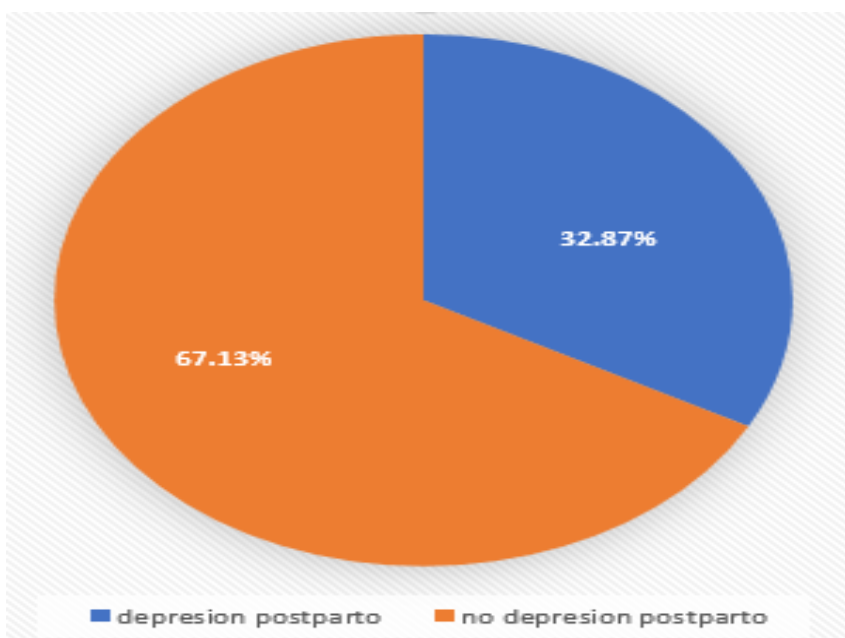
PREVALENCIA – DEPRESIÓN POSTPARTO

Tabla 1: Prevalencia de la depresión postparto.

Depresión postparto	n	porcentaje
Con depresión postparto	96	32.87%
Sin depresión postparto	196	67.13%
Total	292	100%

Elaboración propia

Grafico N°1: Prevalencia de la DPP



El 32.87% (96 puérperas) presento depresión postparto, por ende el 67.13% (196 puérperas) no padecen dicha patología.

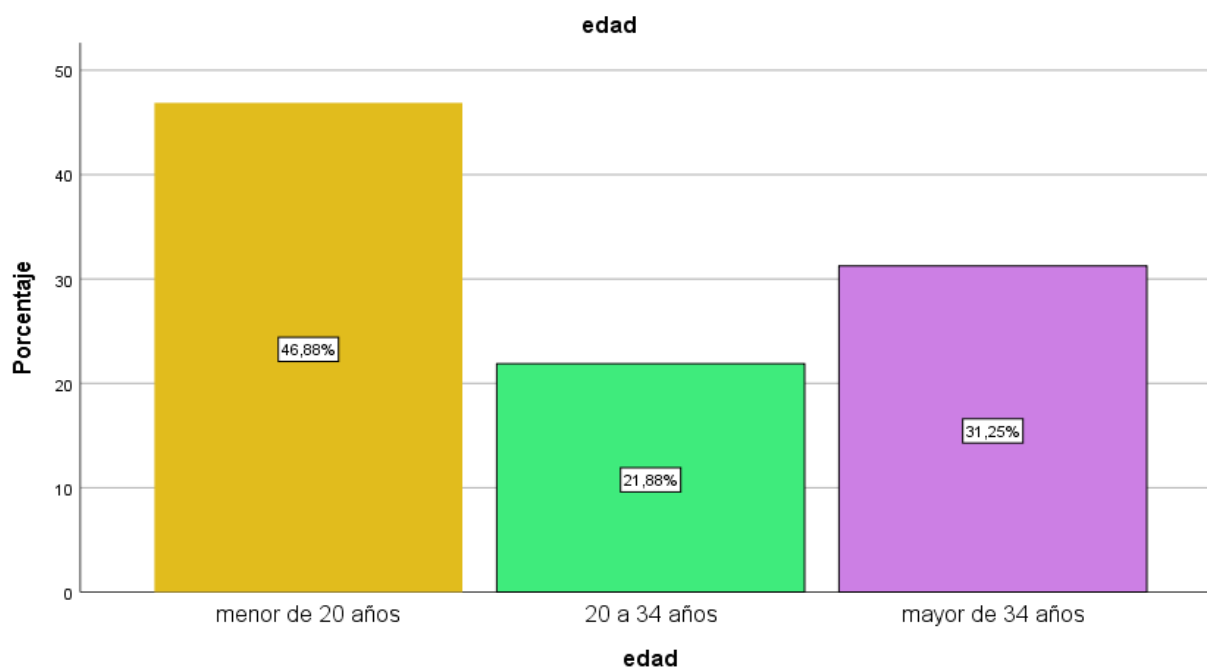
FACTORES SOCIODEMOGRÁFICOS

Tabla 2: Edad de las puerperas con depresión postparto

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
menor de 20 años	45	46,9	46,9	46,9
20 - 34 años	21	21,9	21,9	68,8
mayor de 34 años	30	31,3	31,3	100,0
Total	96	100,0	100,0	

Elaboración propia

Grafico N° 2: Edad de las puérperas con depresión postparto



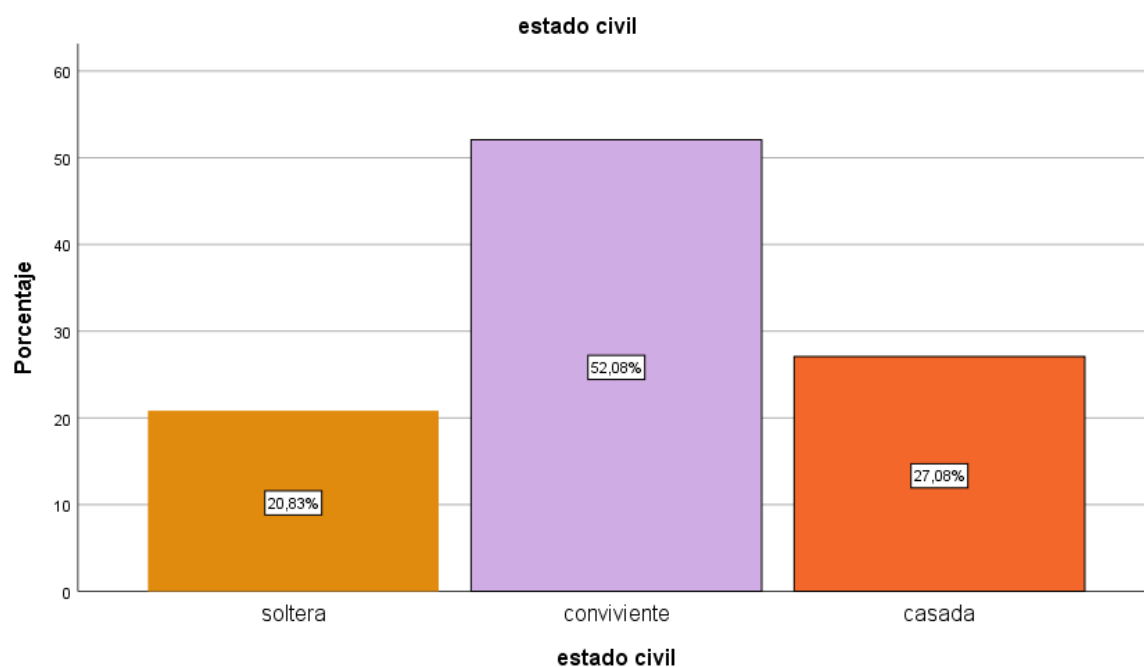
En la tabla N° 2 y el gráfico N° 2 se evidencia que los menores de 20 años de edad obtuvieron 46,9%(45 puérperas), los mayores de 34 años presentaron un 31,3% (30 puérperas) entre los 20 a 34 años un 21,9%(21 puérperas).

Tabla 3: Estado Civil de las puerperas con DPP

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
soltera	20	20,8	20,8	20,8
conviviente	50	52,1	52,1	72,9
casada	26	27,1	27,1	100,0
Total	96	100,0	100,0	

Elaboración propia

Gráfico N° 3: Estado Civil de las puérperas con DPP



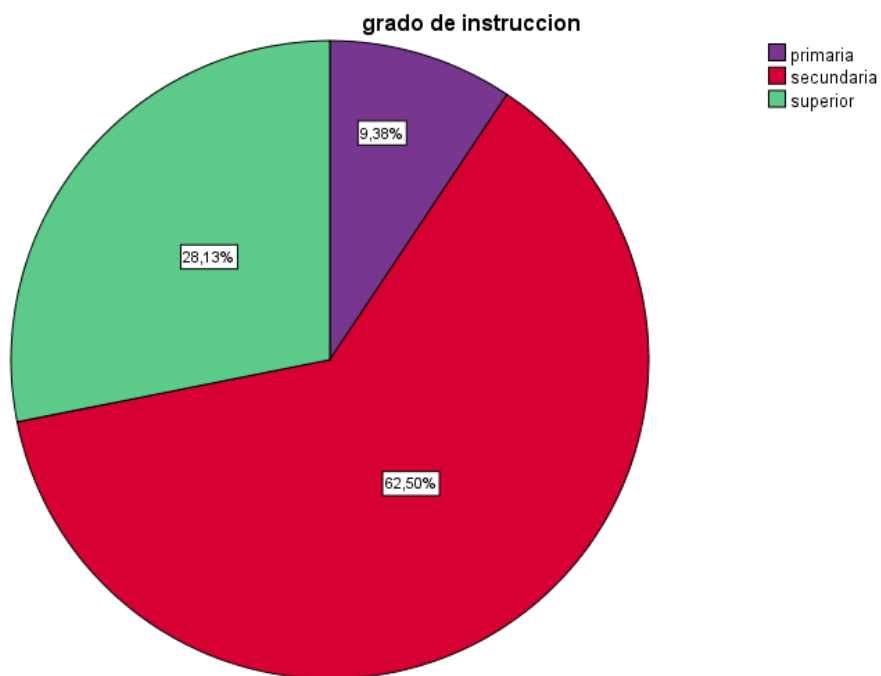
Se aprecia que las convivientes obtuvieron 52,1% (50 puérperas), casadas presentaron un 27,1% (26 puérperas) y las solteras 20,8% (20 puérperas).

Tabla 4: Grado de Instrucción en las puerperas con DPP

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
primaria	9	9,38%	9,38%	9,38%
secundaria	60	62,5%	62,5%	71,88%
superior	27	28,12%	28,12%	100%
Total	96	100%	100%	

Elaboración propia

Gráfico N° 4: Grado de Instrucción en las puérperas con DPP



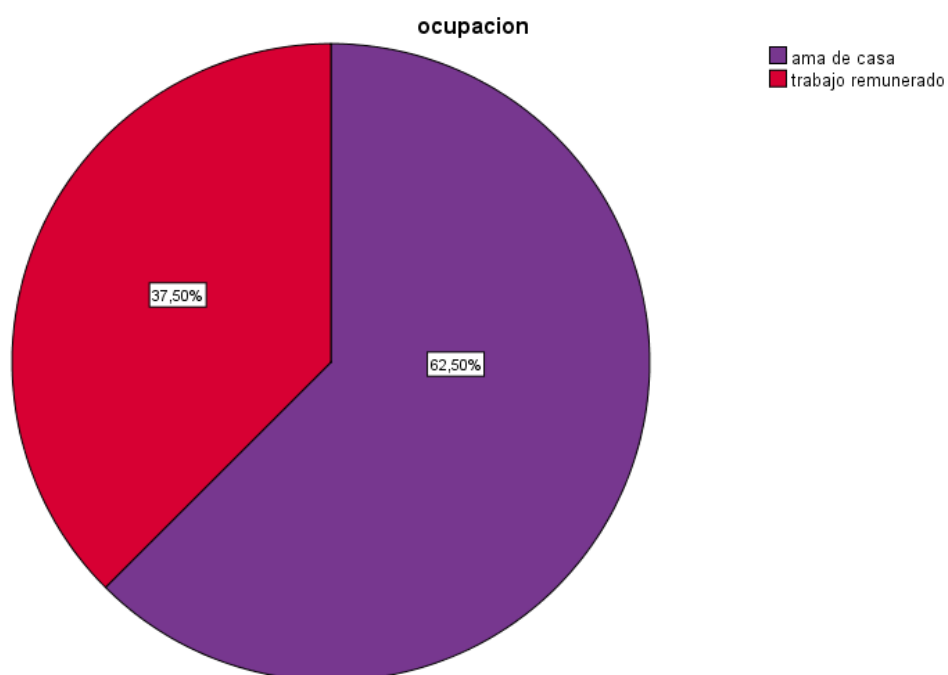
En la tabla N° 4 y el gráfico N° 4 se observa que las puérperas con estudios secundarios obtuvieron 62,5%(60 puérperas), Superior presentaron un 28,1% (27 puérperas) y primaria un 9,4%(9 puérperas).

Tabla 5 : Ocupacion de las puerperas con depresion postparto

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
ama de casa	60	62.5%	62.5%	62.5
trabajo remunerado	36	37.5%	37.5%	100%
Total	96	100%	100%	

Elaborado por la autora

Gráfico N° 5: Ocupación de las puérperas con DPP



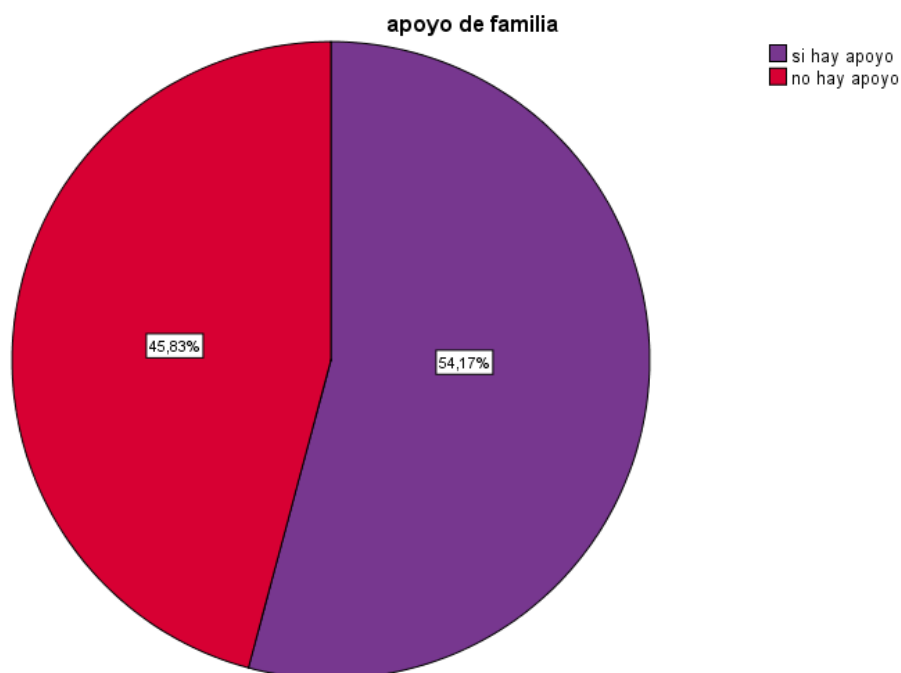
Las puérperas que son amas de casa obtuvieron 62,5%(60 puérperas) y trabajo remunerado 37,5%(36puérperas).

Tabla 6: Apoyo Emocional Familiar en puerperas con depresion postparto

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
sí hay apoyo	52	54.17%	54.17%	54.17%
no hay apoyo	44	45.83%	45.83%	100%
Total	96	100%	100%	

Elaboración por la autora

Grafico 6: Apoyo Emocional Familiar en puérperas con depresión postparto



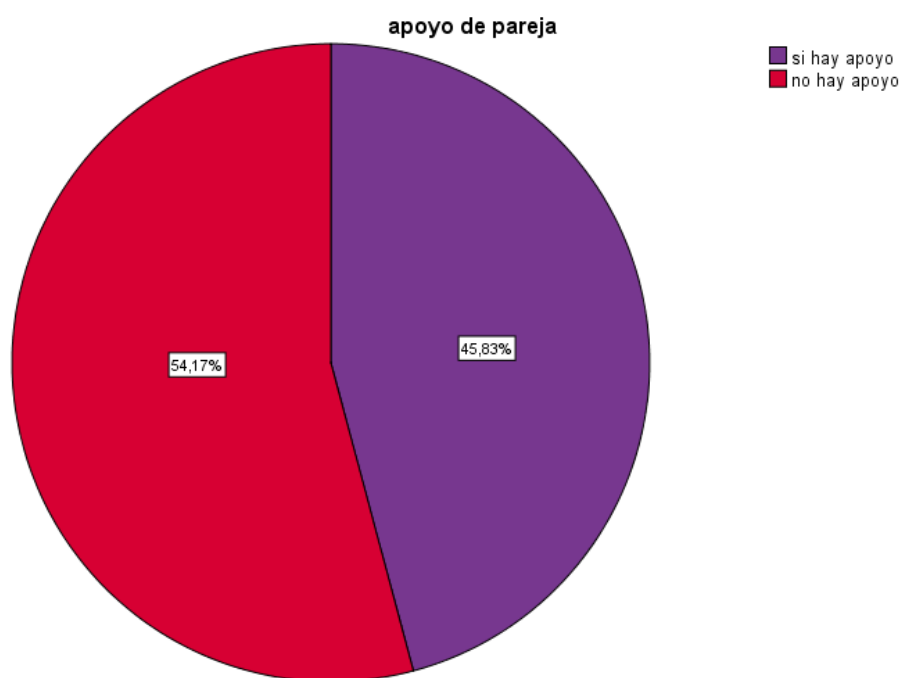
En la tabla N° 6 y el gráfico N° 6 se puede evidenciar que las puérperas que cuentan con apoyo emocional familiar obtuvieron 54,2% (52 puérperas), por ende las que no cuentan con apoyo emocional familiar 45,8% (44 puérperas).

Tabla 7: Apoyo emocional de la pareja en puerperas con depresión postparto

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
sí hay apoyo	44	45,83%	45,83%	45,83%
no hay apoyo	52	54,17%	54,17%	100%
Total	96	100%	100%	

Elaboración propia

Gráfico 7: Apoyo emocional de la pareja en puérperas con DPP



Se aprecia que las puérperas que no cuentan con apoyo emocional de la pareja obtuvieron 54,2% (52 puérperas), por ende las que cuentan con apoyo emocional de la pareja 45,8 % (44 puérperas).

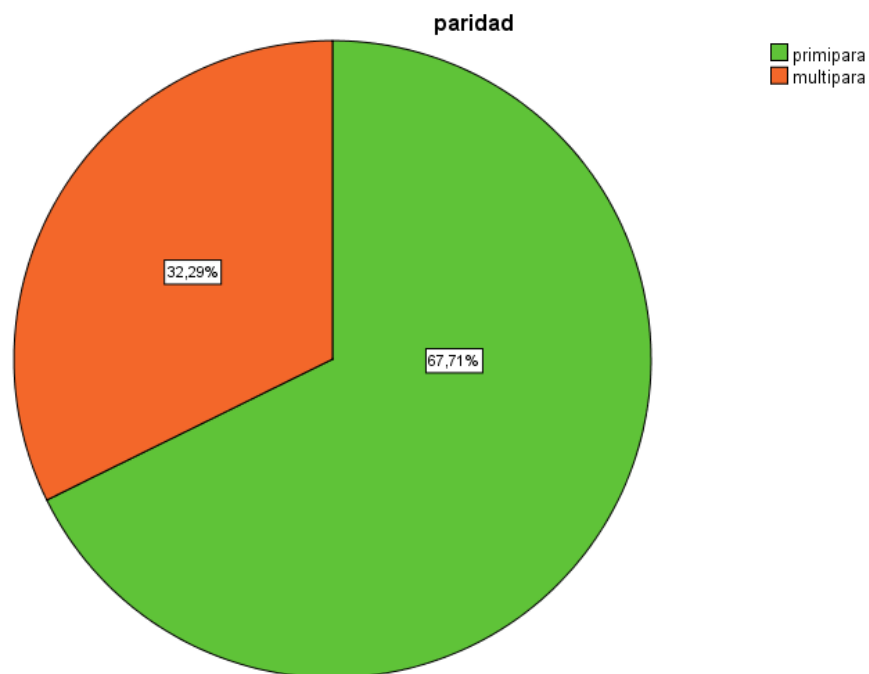
FACTORES OBSTÉTRICOS - PERINATALES

Tabla 8: Paridad en puerperas con depresión postparto

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
primípara	65	67,71%	67,71%	67,71%
multípara	31	32,29%	32,29%	100%
Total	96	100%	100%	

Elaboración propia

Grafico 8: Paridad en puérperas con depresión postparto



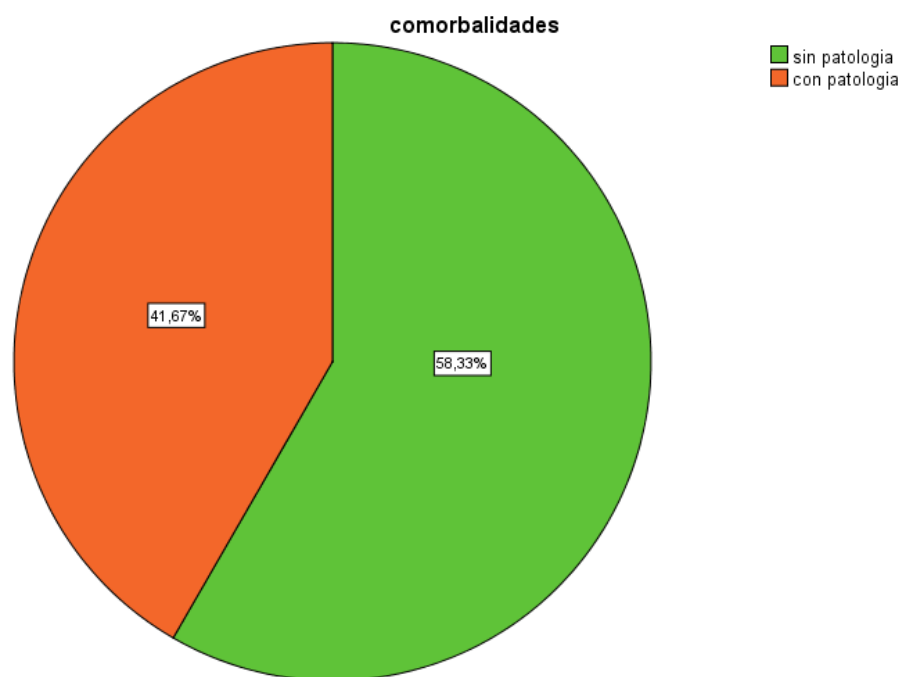
En la tabla N° 8 y el gráfico N° 8 evidencia que las puérperas primíparas obtuvieron 67,7% (65 puérperas), por ende las múltiparas 32,3 % (31 puérperas).

Tabla 9: Comorbilidad en puérpera con depresión postparto

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
sin patología	56	58,33%	58,33%	58,33%
con patología	40	41,67%	41,67%	100%
Total	96	100%	100%	

Elaboración propia

Gráfico 9: Comorbilidad en puérpera con DPP

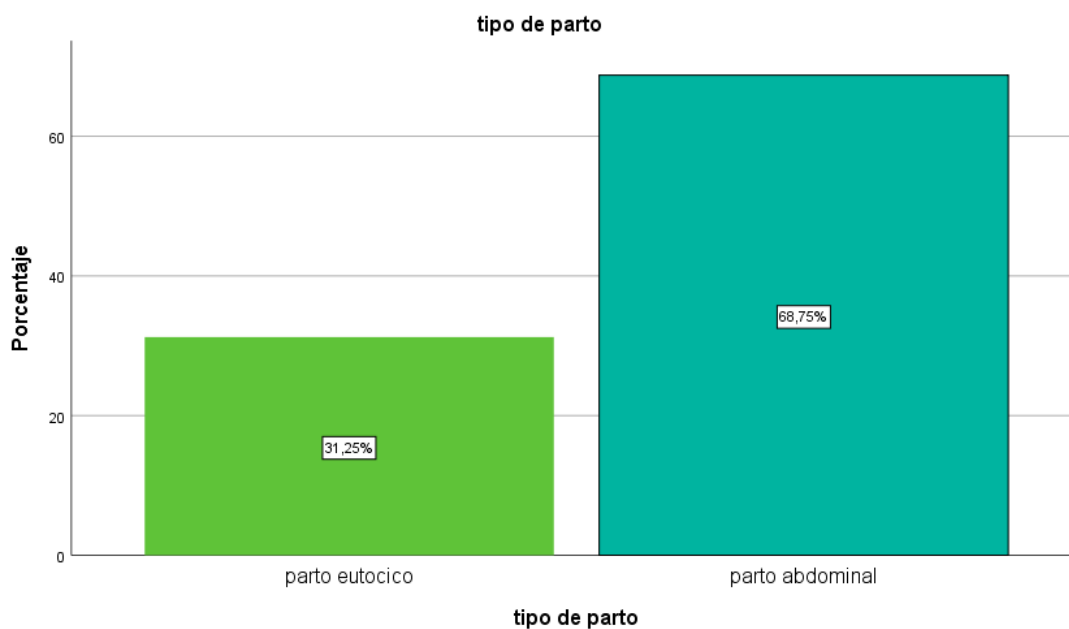


Se aprecia que las puérperas sin patologías obtuvieron 58,3% (56 puérperas), por ende las que presentaron patologías 41,7 % (40 puérperas).

Tabla 10: Tipo de Parto en pacientes con depresion postparto

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
parto eutócico	30	31,35%	31,35%	31,35%
parto abdominal	66	68,75%	68,75%	100%
Total	96	100%	100%	

Elaboración propia



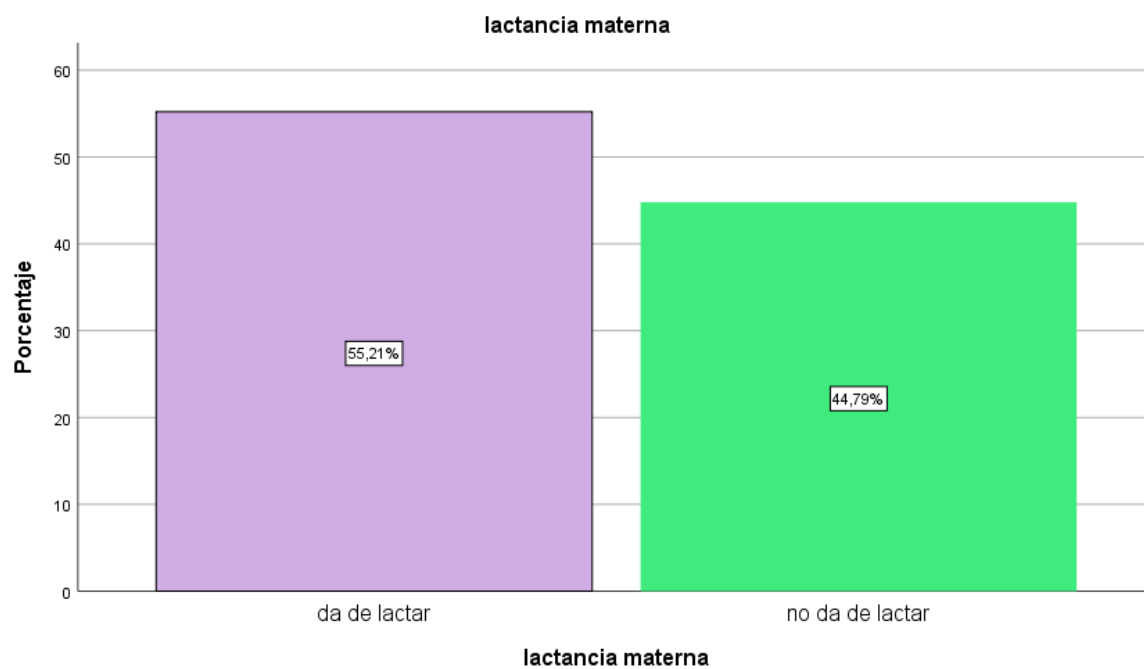
Se aprecia que las puérperas con parto abdominal obtuvieron 68,8% (60 puérperas), por ende las parto eutócico 31,3 % (30 puérperas).

Tabla 11: Lactancia materna en pacientes con depresion postparto

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
da de lactar	53	55,21%	55,21%	55,21%
no da de lactar	43	44,79%	44,79%	100%
Total	96	100%	100%	

Elaboración propia

Grafico 11: Lactancia materna en pacientes con depresión postparto



Las puérperas que dan de lactar obtuvieron 55,2 % (53 puérperas), por ende las puérperas que no dan de lactar representan 44,8 % (43 puérperas).

V. DISCUSIÓN DE RESULTADOS

Se obtuvo una prevalencia de 32.87% de depresión postparto y las mujeres que no desarrollaron dicha patología fue un 67.13%.

Los resultados hallados, se aproximan a los de Córdova (2018) con una muestra de 125 puérperas, donde se le aplicó la escala postnatal, donde se halló una prevalencia de 34,4% depresión postnatal.

García y Surita (2018) en su estudio constituido por 70 puérperas, utilizando la escala postnatal obtuvo una prevalencia de 47,1%.

Los resultados son ligeramente parecidos, estos difieren porque son diferentes poblaciones estudiadas, con dicha prevalencia constituye una problemática de salud mental.

Esto es debido a que el puerperio es una etapa de diversos cambios tanto a nivel emocional, como anatómico y fisiológico, pero estos hallazgos porcentuales manifiestan que las mujeres no están afrontando adecuadamente estos cambios, generando en ellas sentimientos de culpa, tristeza, pasando desapercibidas incluso hasta para sus familiares (Schwarcz, et al., 2005).

En cuanto a la edad el grupo que presentó mayor concentración son las menores de 20 años, obteniendo un porcentaje 46,9%.

Liu, et al. (2017) con una unidad de estudio de 882 puérperas, concluyó que entre los 25 y 29 años el 40,7% desarrolló depresión postnatal.

Por parte García y Surita (2018) con su estudio constituido por 70 puérperas, indicó que las menores de 19 años presentaron un 9,1% de depresión postparto.

Los resultados del presente estudio, con respecto a otras investigaciones, indican diferencias de acuerdo a la edad con la depresión posnatal, por ende, se ha observado que no existe una edad exacta para que se establezca dicha patología (Biaggi, et al., 2016).

En cuanto al estado civil, el presente estudio halló que las convivientes que desarrollaron depresión postparto son el 52,1%.

Borrero y Castro (2017) hallaron que las convivientes que desarrollaron depresión postparto fueron 48,3%.

Por ende, Cordova (2017) obtuvo que las convivientes con depresión postparto fue 63,2%.

Dichos resultados obtenidos en el estudio y otras investigaciones ponen en evidencia de que a pesar que las mujeres convivan con su pareja tiende a sufrir depresión postparto. En cuanto al grado de instrucción, las puérperas con depresión post parto 62,5% presentaron estudios secundarios.

Según De la Aorta (2018) obtuvieron que el 49% de las puérperas con depresión postparto con bachiller.

En cuanto Garcia y Surita (2018) obtuvieron que los estudios secundarios en las puérperas que desarrollan dicha patología representan 66,7%.

Los resultados indican que las mujeres con estudios secundarios desarrollaran esta patología, esto podría deberse a que dichas mujeres no cumplen sus metas y/o objetivos de finalizar sus estudios, lo que podrá generar en ellas el sentirse poco valoradas (Garcia y Surita, 2018).

En cuanto a la ocupación se obtuvo que las puérperas con depresión post parto son amas de casa 62,5%.

Según De la Aorta (2018) en su estudio obtuvo que las madres con depresión postnatal amas de casa fueron un 28%.

Asimismo, Gonzales (2017) obtuvo como resultados de las madres con depresión postparto que son amas de casa 94,23%.

Aunque los resultados obtenidos discrepan con otros estudios, el que la madre sea ama de casa le da cierta predisposición a desarrollar dicha patología, sobre todo por la dependencia económica que afrontan (Biaggi, et al., 2016).

Con respecto al apoyo emocional familiar, las que cuentan con dicho apoyo obtuvieron 54,2% además desarrollar la patología.

García y Surita (2018) manifestó que las madres con depresión postnatal que contaron con apoyo emocional familiar fueron de 97%.

Así mismo Cordova (2018) obtuvo resultados en aquellas madres con depresión posnatal que tenían apoyo familiar fue 80,8%; sin embargo quienes cuentan con apoyo emocional familiar desarrollan dicha patología, generando discrepancia ya que en la teoría manifiesta que el no contar con dicho apoyo desencadenaría dicha enfermedad (Biaggi, et al., 2016).

Los resultados obtenidos en el presente estudio, manifiestan que las madres con depresión posnatal que no cuentan con el apoyo emocional de su pareja es el 54,2%.

García y Surita (2018) en su estudio refieren que las madres con depresión posnatal que no cuentan apoyo de su pareja son un 12,1%.

Hartmann, et al. (2017) en su estudio manifiesta que el regular y/o mal apoyo del padre en la mujer con depresión posnatal es de 27,6%.

Los resultados obtenidos difirieren con otras investigaciones, la literatura indica que la madre que no cuentan con el apoyo de su pareja tiene mayor probabilidad de desarrollar dicha patología (Biaggi, et al., 2016).

En cuanto a los factores obstétricos perinatales, con respecto a la paridad *se* obtuvo resultados donde las mujeres con depresión posnatal 67,7% son primíparas.

Según Borrero y Castro (2017) refieren que madres con depresión postnatal que son primíparas son un 24%.

Mientras que Medina (2016) obtuvo como resultado que las primíparas con depresión postparto son el 60%.

Por ende, los resultados obtenidos en la presente investigación discrepan esto podría ser por diversas realidades y o contextos que afronte la madre, la literatura indica que las multíparas son las que tienen más predisposición a desarrollar la patología (Rojas et al, 2010).

En cuanto a las comorbilidades, en las pacientes con depresión postnatal se obtuvo 58,3% sin desarrollo de alguna patología.

Según Cordova (2018) obtuvo como resultados que las puérperas con depresión postparto no desarrollaron una patología 44,8%.

Así mismo Liu, et al. (2017) obtuvieron los siguientes resultados que en puérperas con depresión posnatal refieren que, sin enfermedad hipertensiva gestacional 93,2%, sin diabetes mellitus gestacional 91,5%.

Estos resultados obtenidos son concordantes con los numerosos estudios mencionados, además las puérperas a pesar de que padezcan de depresión postnatal, no desarrollaron otras patologías durante su embarazo, por consiguiente, si tuvieran alguna comorbilidad, serían más predisponentes a presentar la enfermedad.

En cuanto al tipo de parto las puérperas con depresión postparto 68,8% son cesareadas.

Según Medina (2016) obtuvo resultados en pacientes con depresión postparto siendo cesareadas 80%.

Asi mismo Borrero y Castro (2017) manifestaron en sus resultados que las cesareadas un 26% desarrollaron dicha patología.

Los resultados discrepan en los diversos estudios, quienes indican que las mujeres cesareadas son más susceptibles a desarrollar la patología (Garcia y Surita, 2018).

En cuanto a la lactancia materna los resultados obtenidos son, las puérperas que desarrollaron la patología dieron de lactar 55,2%.

Según Cordova (2018) en sus resultados obtuvo que las puérperas con dicha patología dieron de lactar representan un 68%.

Liu, et al. (2017) manifestaron que las pacientes con depresión postparto con inicio de lactancia materna mayor de dos horas fueron 55,9%.

Los resultados del presente estudios con las diversas investigaciones concuerdan que a pesar de dar de lactar al recién nacido ellas padecen la enfermedad, esto podría deberse que las puérperas están propensas a situaciones estresantes en dicho momento (Garcia y Surita, 2018).

VI. CONCLUSIONES

Los principales factores que se asumen como riesgo de DPP son: el ser ama de casa, ser conviviente, el solo presentar estudios secundarios y el ser cesareada.

En esta investigación obtuvo una prevalencia de DPP 32.87%, por consiguiente, las pacientes que no padecieron depresión postparto son de 67.13%.

Los factores sociodemográficos de depresión postparto son: el presentar estudios secundarios (62.5%) ser menor de 20 años (46.9%), convivientes (52.1%), ama de casa (62.5%).

Los factores obstétricos-perinatales de depresión postparto son: ser primípara (67.7%), de parto abdominal (cesárea) 68.8% y el dar lactancia materna al recién nacido (55.2%).

VII. RECOMENDACIONES

Se recomienda realizar diversos estudios respecto al tema, ya que es una patología que pasa desapercibida, por ende es primordial la identificación de sus factores de riesgo respecto a la población estudiada, lo que permitirá un buen abordaje de dicha patología y establecer medidas eficaces de prevención.

Se recomienda al Hospital de Baja Complejidad Vitarte y a su equipo multidisciplinario, aplicar la escala de depresión postnatal, esto permitirá una detección precoz de dicha patología. De tal forma se debe contar con capacitaciones al personal de salud para hallar dichos casos y así puedan recibir el tratamiento adecuado.

Se sugiere al establecimiento de salud realizar campañas, intervenciones comunitarias, realización de talleres sobre cómo saber manejar los conflictos familiares y de pareja, de tal forma se dan herramientas necesarias para que puedan afrontar dicha situación, además el descubrir y el que puedan desarrollar nuevas habilidades le permitirían dar ingresos a su hogar.

Recomendamos al establecimiento de salud, la realización de educativas sesiones, campañas preventivas sobre el conocimiento de dicha patología, lo importante que es la planificación familiar, que acudan a sus controles perinatales como también a su psicoprofilaxis, concientizando así a la población.

Se sugiere al establecimiento de salud realizar talleres sobre las Buenas Técnicas de Lactancia Materna, esto generaría conocimientos adecuados, con respecto al amamantamiento del recién nacido.

VIII. REFERENCIAS

- Alhasanat, D., & Fry-McComish, J. (2015). Postpartum Depression Among Immigrant and Arabic Women: Literature Review. *Journal of Immigrant and Minority Health*, 17(6), 1882–1894. doi:10.1007/s10903-015-0165-5
- Asociación Americana de Psiquiatría. (2013). *Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales*, quinta edición (DSM-V). Obtenido de www.dsm.psychiatryonline.org.
- Biaggi, A., Conroy, S., Pawlby, S., & Pariante, C. M. (2016). Identifying the women at risk of antenatal anxiety and depression: A systematic review. *Journal of Affective Disorders*, 191, 62–77. doi:10.1016/j.jad.2015.11.014
- Borrero, I., y Castro, S. (2017). “frecuencia de depresión posparto en puérperas del Hospital Vicente Corral Moscoso” Universidad de Cuenca, cuenca, ecuador disponible en:
<http://dspace.ucuenca.edu.ec/bitstream/123456789/28274/1/PROYECTO%20DE%20INVESTIGACION.pdf>
- Carro, T., Sierra, J., Hernández, M., Ladrón, E., y Antolín, E. (2000). Trastornos del estado de ánimo en el postparto *Medicina General y de Familia* Disponible en: <http://www.medicinageneral.org/mayo-2000/452-456.pdf>
- Córdova, J. (2018). “factores asociados a depresión posparto en puérperas atendidas en hospital II-2 santa rosa durante septiembre - diciembre, 2017” (tesis de pregrado) universidad nacional de Piura, Piura, Perú. disponible en:
<http://repositorio.unp.edu.pe/handle/UNP/1175>
- Cox, J., Holden, M., & Sagovsky, R. (1987). Detection of postnatal depression. Development of the 10-item Edinburgh Postnatal Depression Scale. *Br J Psychiatry*. 150(6). Disponible en : <https://www.cambridge.org/core/journals/the-british-journal-of-psychiatry/article/detection-of-postnatal-depression/E18BC62858DBF2640C33DCC8B572F02A>

- Clout, D., & Brown, R. (2015). Sociodemographic, pregnancy, obstetric, and postnatal predictors of postpartum stress, anxiety and depression in new mothers. *Journal of Affective Disorders*. Disponible en: https://academica-e.unavarra.es/bitstream/handle/2454/23448/depresion_postparto_saioavalencia.pdf?sequence=1&isAllowed=y
- De la Aorta, M. (2018). “Factores psicosociales que intervienen en el desarrollo de la depresión post parto en usuarias de 16 a 24 años atendidas en el Centro de Salud No. 3” (tesis de pregrado) disponible en: <http://repositorio.ug.edu.ec/handle/redug/31654>
- Fernández, J., Iturriza, A., Toro, J., y Valbuena, R. (2014). Depresión posparto valorada 55 mediante la escala de Edimburgo. *Revista de Obstetricia Y Ginecología de Venezuela*, 74(4), 229–243. Retrieved from http://www.scielo.org.ve/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0048-77322014000400003&lang=pt
- García, R., y Surita, A. (2018). “Factores sociales y personales en la depresión post parto en las mujeres que acuden al Puesto de Salud Gerardo Gonzales Villegas Tumbes, junio-Julio 2018” (tesis de pregrado) universidad nacional de Tumbes, tumbes, Perú. Disponible en: <http://repositorio.untumbes.edu.pe/handle/UNITUMBES/221>
- Gonzales, M. (2017). “Prevalencia de depresión posparto en puérperas adolescentes y adultas en el Hospital Nacional Sergio E. Bernales, mayo 2016”. (Tesis de pregrado). UNMSM, lima, Peru. Disponible en: <http://cybertesis.unmsm.edu.pe/handle/cybertesis/5685>
- Hartmann, J., Mendoza, R., y Almeida, J. (2017). Depressão entre puérperas: prevalência e fatores associados. *Cad. Saúde Pública*. 33(9). Disponible: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S0102-311X2017000905013&lng=pt&nrm=iso

- Maes, M., Ombelet, W., Verkerk, R., Bosmans, E., & Scharpé, S. (2001). Effects of pregnancy and delivery on the availability of plasma tryptophan to the brain: Relationships to delivery-induced immune activation and early post-partum anxiety and depression. *Psychol Med.*31(5).
- Mazzotti, G., Vega-Dienstmaier, J., y Campos, M. (2002). Validación de una versión en español de la Escala de Depresión Postnatal de Edimburgo, *Actas Españolas de Psiquiatría.* 30(2). Disponible en: <https://medes.com/publication/4945>
- Mendoza, C., y Saldivia, S. (2015). Actualización en depresión postparto: el desafío permanente de optimizar su detección y abordaje. *Revista médica de Chile,* 143(7). Disponible en: https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-98872015000700010
- Medina, R. (2016). Relación entre características sociodemográficas y riesgo de depresión postparto en puérperas de la Clínica Good Hope noviembre de 2015. Tesis para optar el título profesional de médico cirujano. Universidad Ricardo Palma. Disponible en: <http://repositorio.urp.edu.pe/handle/urp/767>
- Patel, M., Bailey, R. K., Jabeen, S., Ali, S., Barker, N. C., & Osiezagha, K. (2012). Postpartum Depression: A Review. *Journal of Health Care for the Poor and Underserved,* 23(2), 534–542.doi:10.1353/hpu.2012.0037
- Rojas, G., Fritsch, R., Guajardo, V., Rojas, F., Barroilhet, S., & Jadresic, E. (2010). caracterización de madres deprimidas en el posparto. *revista médica de chile,* 138(5), 536-542. <https://dx.doi.org/10.4067/s0034-98872010000500002>
- Liu, S., Yan, Y., Gao, X., Xiang, S., Sha, T., Zeng, G., & He, Q. (2017). Risk factors for postpartum depression among Chinese women: path model analysis. *BMC Pregnancy and Childbirth,* 17(1).doi:10.1186/s12884-017-1320-x
- Schwarcz, R., Fescina, R., y Duverges, G. (2005). *Obstetricia* 6ta edición buenos aires. Ateneo disponible en: https://www.academia.edu/36329790/Obstetricia_de_Schwarcz_6ta_Edicion

- Urdaneta, J., Rivera, A., García, J., Guerra, M., Baabel, N., y Contreras, A. (2011). Factores de riesgo de depresión posparto en puérperas venezolanas valoradas por medio de la escala de Edimburgo. *Revista chilena de obstetricia y ginecología*, 76(2), 102-112. <https://dx.doi.org/10.4067/S0717-75262011000200007>
- Vega-Dienstmaier, J. (2018). Depresión posparto en el Perú. *Revista Médica Herediana*, 29(4). Disponible en: <http://www.upch.edu.pe/vrinve/dugic/revistas/index.php/RMH/article/view/3444>
- Werner, E., Miller, M., Osborne, L., Kuzava, S., & Monk, C. (2014). Preventing postpartum depression: review and recommendations. *Archives of Women's Mental Health*, 18(1), 41–60. doi:10.1007/s00737-014-0475-y
- Wisner, K., Perel, J., Peindl, K., Hanusa, B., Piontek, C., & Findling, R. (2004). Prevention of Postpartum Depression: A Pilot Randomized Clinical Trial. *American Journal of Psychiatry*, 161(7), 1290–1292. doi:10.1176/appi.ajp.161.7.1290

IX. ANEXOS

ANEXO 1: OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES

Operacionalización de las variables						
Variables	Definición conceptual	Tipo de variable	Escala de medición	Indicador de calificación	Instrumento de medición	
DEPRESION POSTPARTO	Es un trastorno de la salud mental de las puérperas	Cualitativa	Nominal	Si, no	escala de Edimburgo	
Factores sociodemográficos	Edad	Años cumplidos a la fecha de la encuesta	Cuantitativa	De razón	< 20 años 20-34 >34	Cuestionario
	Estado Civil	Estado civil del paciente	Cualitativa	Nominal	Soltera, Conviviente Casada	
	Grado de instrucción	Años de preparación del paciente	Cualitativa	Nominal	Primaria, Secundaria, Superior	
	Ocupación	Actividad laboral	Cualitativa	Nominal	Ama de casa , trabajo Remunerado	
	Apoyo emocional Familiar	Presencia de la unidad familiar o asistencia de uno de los miembros	Cualitativa	Nominal	Si , no	
	Apoyo emocional de Pareja	Presencia del apoyo de la pareja	Cualitativa	Nominal	Si ,No	

Factores obstétricos- perinatales	Paridad	Número de partos	Cuantitativa	Razón	Primípara, Multípara	cuestionario
	Comorbilidad	Enfermedades durante el embarazo o puerperio	Cualitativa	Nominal	Si , No	
	Tipo de parto	Vía de término del embarazo	Cualitativa	Nominal	Vaginal, cesárea	
	Lactancia Materna	Evidencia clínica de problemas para la lactancia	Cualitativa	Nominal	Si, no	

ANEXO 2: CONSENTIMIENTO INFORMADO**CONSENTIMIENTO INFORMADO**

Mediante la firma, doy el consentimiento de participar de forma voluntaria en dicha investigación “FACTORES DE RIESGO DE DEPRESIÓN POSTPARTO EN PUÉRPERAS DEL HOSPITAL DE BAJA COMPLEJIDAD VITARTE OCTUBRE – DICIEMBRE 2018”

Entiendo que fui elegida para este estudio por ser puérpera y realizar mis atenciones en el HOSPITAL DE BAJA COMPLEJIDAD VITARTE y que la información obtenida es confidencial, por ende tómese su tiempo en decidir y en caso de dudas se le brindara la debida información.

Fecha: _____

Firma de la participante

Huella dactilar



ANEXO 3: ESCALA DE DEPRESION POSTPARTO DE EDIMBURGO**ESCALA DE EDINBURGO**

Queremos saber cómo se siente 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. Por favor complete las otras preguntas de la misma manera.

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

0 () Tanto como siempre

1 () No tanto ahora

2 () Mucho menos

3 () No, no he podido

2. He mirado el futuro con placer:

0 () Tanto como siempre

1 () Algo menos de lo que solía hacer

2 () Definitivamente menos

3 () No, nada

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

3 () Sí, la mayoría de las veces

2 () Sí, algunas veces

1 () No muy a menudo

0 () No, nunca

4. He estado ansiosa y preocupada sin motivo:

0 () No, para nada

1 () Casi nada

2 () Sí, a veces

3 () Sí, a menudo

5. He sentido miedo y pánico sin motivo alguno:

3 () Sí, bastante

2 () Sí, a veces

1 () No, no mucho

0 () No, nada

6. Las cosas me oprimen o agobian:

3 () Sí, la mayor parte de las veces

2 () Sí, a veces

1 () No, casi nunca

0 () No, nada

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

3 () Sí, la mayoría de las veces

2 () Sí, a veces

1 () No muy a menudo

0 () No, nada

8. Me he sentido triste y desgraciada:

3 () Sí, casi siempre

2 () Sí, bastante a menudo

1 () No muy a menudo

0 () No, nada

9. He sido tan infeliz que he estado llorando:

3 () Sí, casi siempre

2 () Sí, bastante a menudo

1 () Sólo en ocasiones

0 () No, nunca

10. He pensado en hacerme daño a mí misma:

3 () Sí, bastante a menudo

2 () A veces

1 () Casi nunca

0 () No, nunca

ANEXO 4: CUESTIONARIO

CUESTIONARIO

PRESENTACION:

Señora; soy alumna de séptimo año de la Escuela Profesional de Medicina Humana , actualmente ejerciendo mi internado en el hospital, en esta oportunidad vengo a realizar una encuesta cuya finalidad es realizar un trabajo de investigación, cuyo título es **“FACTORES DE RIESGO DE DEPRESIÓN POSTPARTO EN PUÉRPERAS DEL HOSPITAL DE BAJA COMPLEJIDAD VITARTE OCTUBRE – DICIEMBRE 2018”** para lo cual solicitamos su colaboración respondiendo con sinceridad las preguntas del cuestionario. Le aseguramos la confidencialidad de los datos brindados.

I. FACTORES SOCIODEMOGRAFICOS

Parto: lugar..... Fecha: Semanas de puérpera.....

1. Edad:

2. Estado civil:

a) Soltera b) Casada c) Conviviente

3. Grado de instrucción:

a) Primaria b) Secundaria c) Superior

4. Ocupación:

a) Trabajo remunerado b) ama de casa

5. Usted cuenta con apoyo emocional Familiar:

Alternativas	SI	NO
--------------	----	----

6. Usted cuenta con apoyo emocional de la pareja:

Alternativas	SI	NO
--------------	----	----

II. FACTORES OBSTETRICOS-PERINATALES

7. Según su número de partos :

a) Primípara b) Multípara

8. Su último parto fue:

a) Cesárea b) vaginal

9. Presento alguna enfermedad antes y/o después del parto:

Enfermedad	SI	NO
------------	----	----

Si su respuesta es sí; ¿Qué tipo de enfermedad?.....

10. Su bebe recibe lactancia materna:

Alternativas	SI	NO
--------------	----	----

ANEXO 5: VALIDEZ DEL INSTRUMENTO PRUEBA BINOMIAL

JUICIO DE EXPERTOS

CRITERIOS	NUMERO DE JUECES				coeficiente de validez de contenido (CVC)
	1	2	3	4	
1. El instrumento recoge información que permite dar respuesta al problema.	1	1	1	1	0.99
2. El instrumento propuesto responde a los objetivos del estudio.	1	1	1	1	0.99
3. La estructura del instrumento es adecuada	1	1	1	1	0.99
4. Los ítems(preguntas) del instrumento están correctamente formuladas. (claros y entendibles)	1	1	1	0	0.74
5. Los ítems (preguntas) del instrumento responden a la Operacionalización de variable.	1	1	1	1	0.99
6. La secuencia presentada facilita el desarrollo del instrumento.	1	1	1	1	0.99
7. Las categorías de cada pregunta (variables) son suficientes.	1	1	0	1	0.74

Se ha considerado que 1: favorable y 0: desfavorable.

Se ha realizado el análisis de datos emitidos por los expertos mediante la prueba binomial, con la finalidad de evaluar la validez del contenido de la encuesta, obteniéndose como resultado que es un excelente instrumento en cuanto a los ítems 1, 2, 3, 5, 6. y aceptable instrumento para los ítems 4 y 7.

0 a 0.6: inaceptable

Mayor a 0.6 y menor o igual a 0.7: deficiente

Mayor a 0.7 y menor o igual a 0.8: aceptable

Mayor a 0.8 y menor o igual a 0.9: buena

Mayor a 0.9: excelente

ANEXO N 6: MATRIZ DE CONSISTENCIA

TITULO DE LA INVESTIGACION	PREGUNTA DE LA INVESTIGACION	OBJETIVO DE LA INVESTIGACION	TIPO Y DISEÑO DEL ESTUDIO	POBLACION DE ESTUDIO Y PROCESAMIENTO DE DATOS	INSTRUMENTO DE RECOLECCION DE DATOS
Factores de riesgo de depresión postparto en puérperas del Hospital de Baja Complejidad Vitarte Octubre – diciembre 2018	¿Cuáles son los factores de riesgo de depresión postparto en puérperas del servicio de ginecología y obstetricia del Hospital de baja complejidad Vitarte Octubre – diciembre 2018?	Determinar cuáles son los factores de riesgo de depresión postparto en puérperas del servicio de ginecología y obstetricia del Hospital de baja complejidad Vitarte Octubre – diciembre 2018.	Observacional, Descriptivo, de corte transversal y retrospectivo	Puérperas que fueron atendidas por consultorio externo servicio de Ginecología del Hospital de Baja Complejidad Vitarte Octubre – diciembre 2018, cumpliendo los criterios de inclusión y exclusión.	Escala de Depresión Posnatal de Edimburgo más la aplicación de un cuestionario, Muestra probabilística, Técnica Encuesta