

UNIVERSIDAD NACIONAL "SAN LUIS GONZAGA" DE ICA

FACULTAD DE MEDICINA HUMANA

"DR. DANIEL ALCIDES CARRIÓN GARCÍA"



**FACTORES ASOCIADOS A LA DEPRESIÓN EN EL PUERPERIO
INMEDIATO. HOSPITAL SANTA MARÍA DEL SOCORRO - ICA
2014**

TESIS

PARA OPTAR EL TÍTULO DE :

MÉDICO CIRUJANO

PRESENTADO POR:

**ALTAMIRANO VELASQUEZ, BRENDA MARGOT
FALCONI REYES, KAREN MERCEDES**

ICA - PERU

2014

**FACTORES ASOCIADOS A LA DEPRESIÓN EN EL
PUERPERIO INMEDIATO. HOSPITAL SANTA
MARÍA DEL SOCORRO - ICA, 2014**

ASESOR:

M.C. OYOLA GARCÍA, ALFREDO ENRIQUE.

DEDICATORIA

Esta tesis se la dedicamos a Dios quién supo guiarnos por el buen camino, darnos fuerzas para seguir adelante y no desmayar en los problemas que se presentaban, enseñándonos a encarar las adversidades sin perder nunca la dignidad ni desfallecer en el intento.

Brenda y Karen.

A nuestros padres por su apoyo, consejos, comprensión, amor, ayuda en los momentos difíciles, y por ayudarnos con los recursos necesarios para estudiar. Nos han dado todo lo que somos como persona, los valores, principios, carácter, empeño, perseverancia y coraje para conseguir nuestros objetivos.

Brenda y Karen.

AGRADECIMIENTO

A nuestros padres por todo su amor, apoyo, preocupación e interés a lo largo de todo este proceso, por creer en nosotros y en este proyecto.

A nuestro asesor, por contagiarnos de curiosidad, por escuchar aquello que las personas tienen por contar.

A las entrevistadas por permitirnos acceder a su subjetividad y compartir con nosotras uno de los lugares más íntimos y vulnerables de su mundo interno.

ÍNDICE

CONT.	PAG
ÍNDICE	5
RESUMEN	6
ABSTRACT	7
INTRODUCCIÓN	8
MATERIAL Y MÉTODOS	14
RESULTADOS	17
DISCUSIÓN	34
CONCLUSIONES	37
RECOMENDACIONES	38
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	40
ANEXOS	47

RESUMEN

Objetivo: Determinar las características sociodemográficas, clínicas y psicosociales que se asocian a las mujeres con depresión en el puerperio inmediato.

Materiales y métodos: Se desarrolló un estudio prospectivo, transversal, observacional, y descriptivo en puérperas inmediatas atendidas en el Hospital Santa María del Socorro entre enero y marzo del 2014. La muestra estuvo conformada por 260 puérperas, seleccionada mediante muestreo aleatorio simple.

Resultados: La frecuencia de depresión en el puerperio inmediato fue 29,23%. 52 (68,42%) de las puérperas con depresión provenían de la zona urbana, 18 (23,68%) de la zona rural y 6 (7,89%) de pueblo joven. 56 (73,68%) eran casadas o convivientes ($p=0,00$), 54 (71,05%) manifestaron haber sufrido de depresión durante la gestación, 42 (55,26%), cursaron con alguna enfermedad durante la gestación ($p=0,00$) y 38 (50,00%) tuvieron amenaza de aborto o parto pre-término ($p=0,00$), 22 (28,95%) habían sufrido maltrato infantil ($p=0,00$) y 24 (31,58%) no deseaban culminar la gestación ($p=0,02$). Se observó buen funcionamiento familiar en 20 (26,32%), en 14 (18,42%) disfunción leve, en 18 (23,68%) disfunción moderada y en 24 (31,58%) disfunción severa ($p=0,00$).

Conclusiones: La frecuencia de depresión en el puerperio inmediato es aproximadamente 30% y se asocia a la situación conyugal, antecedente de depresión o enfermedad en la gestación y amenaza de aborto o parto pre-término, maltrato infantil, abandono de la pareja, no desear culminar la gestación, calidad del sueño y funcionamiento familiar.

Palabras clave: Depresión, puerperio, salud mental, posparto.

ABSTRACT

Objective: To determine the sociodemographic, clinical and psychosocial characteristics of women associated with depression in the immediate postpartum period.

Methods: A prospective, transversal, observational and descriptive study was conducted in women -during the immediate postpartum period attended- Santa María del Socorro Hospital between January and March 2014. The sample consisted of 260 postpartum women, selected by simple random sampling.

Results: The frequency of depression in the immediate postpartum period was 29.23%. 52 (68.42 %) of the group with depression came from urban areas, 18 (23.68%) in the rural area and six (7.89 %) of young people. 56 (73.68 %) were married or cohabiting ($p=0.00$), 54 (71.05%) reported having suffered from depression during pregnancy, 42 (55.26%), regularly associated with illness during pregnancy ($p=0.00$) and 38 (50.00%) had threatened abortion or preterm delivery ($p=0.00$), 22 (28.95%) had suffered child abuse ($p=0.00$) and 24 (31.58%) did not want to finish the pregnancy ($p=0.02$). Good family functioning was observed in 20 (26.32%) of them, in 14 (18.42%) mild dysfunction, in 18 (23.68%) moderate dysfunction and in 24 (31.58%) severe dysfunction ($p=0.00$).

Conclusions: The frequency of depression in the immediate postpartum period is approximately 30% and is associated with marital status, history of depression or illness during pregnancy and threatening of abortion or preterm labor, child abuse, abandonment of the couple, not wanting to finish pregnancy, sleep quality and family functioning.

Keywords: Depression, postpartum, mental health, postpartum.

INTRODUCCIÓN

El embarazo y el puerperio son períodos decisivos para el desarrollo de un nuevo ser y para establecer la estructuración de una vinculación futura entre la madre y el hijo, y entre éste y sus progenitores. Durante el embarazo y de forma fisiológica, aparecen en la mujer modificaciones afectivas que tienen que ver con los cambios hormonales que se producen en su organismo y con las expectativas vitales y fantasías ante el nacimiento de su hijo¹. Estos cambios son más aparentes en un primer embarazo, no son exclusivos del mismo y pueden reproducirse en cierta medida ante cada nueva maternidad¹.

En el periodo puerperal -definido de acuerdo a su duración como inmediato (periodo comprendido entre el parto y las 24 horas del posparto), mediato (comprendido entre el segundo día posparto y los siete primeros días) y tardío (entre los 8 primeros días y los 42 días posparto)- se observa importantes variaciones fisiológicas, debido al declive posparto de las hormonas reproductivas^{3,4}, lo cual podría condicionar a la mujer a sufrir depresión^{3,5}. El postparto es un período en el que existe un riesgo excepcionalmente elevado de recurrencia de depresión, manía u otras psicosis sobre todo en mujeres con trastornos bipolares⁶, pero también con cualquier otra alteración psicológica o psiquiátrica⁷. Además, el nacimiento de un hijo trae consigo una carga afectiva muy importante que se une a la situación física y biológica en que se encuentra la mujer ante su nuevo estado. En ocasiones esta carga afectiva no es perfectamente canalizada y en otras asienta sobre una situación psicológica previamente alterada, lo que da lugar a reacciones psicopatológicas de mayor o

menor gravedad que inciden no sólo en la salud de la madre sino que pueden afectar seriamente el desarrollo del nuevo ser¹.

La depresión constituye, mundialmente, un problema de salud pública. Es un trastorno psicosomático que compromete todos los sistemas del organismo, afecta a todas las edades, razas, géneros y momentos de la persona^{3,8}. Al comparar las prevalencias de depresión entre hombres y mujeres, se evidencian cifras similares en la niñez, mientras que en la adultez es más frecuente en mujeres^{3,9,10}. Esta diferencia se observa fundamentalmente en la etapa reproductiva de la mujer y se asocia con el síndrome premenstrual, embarazo, puerperio y menopausia^{9,11}, pero puede presentarse en diferentes momentos de su vida.³ Se diferencia de la tristeza posparto -una reacción muy frecuente que precede al parto- tanto por su duración como por los efectos debilitantes de indiferencia que la madre tiene en relación a ella misma y a su bebé. Alrededor de una de cada diez madres primíparas experimentan algún grado de depresión posparto. Las mujeres con depresión posparto aman a sus bebés pero, en general, están convencidas de que no son capaces de ser buenas madres¹².

La depresión afecta a un número considerable de mujeres después del parto en todo el mundo^{9,13,14,15}. Al contrario de lo que tradicionalmente se sostenía -que el embarazo se asociaba habitualmente a un estado de bienestar emocional en la mujer- alrededor de un 30% a un 40% de las gestantes presentan síntomas ansioso depresivos durante el embarazo; además, el riesgo de hospitalización psiquiátrica, es casi siete veces mayor durante los 30 días posteriores al parto que antes de embarazarse⁹. Según la Organización Mundial de la Salud, cerca de 85% de las mujeres presentan algún tipo de alteración del ánimo durante el

posparto. Algunas mujeres experimentan síntomas transitorios y leves. Sin embargo, entre 8 y 25% de las mujeres manifiestan algún tipo de trastorno incapacitante y persistente. En este último grupo, permanecen sin diagnosticar el 50% de los casos^{1,16,17}. Además, los trastornos del estado de ánimo durante el puerperio conllevan una serie de consecuencias para la madre porque se ven mermados tanto su nivel de salud como la capacidad para experimentar el goce de la maternidad. Incluso, se ha llegado a establecer que a pesar 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 suicidio¹⁸.

Esta conjunción de factores y cambios hormonales hacen que la depresión sea una de las enfermedades más frecuentes del puerperio, encontrándose que una prevalencia que varía sustancialmente entre los países y fluctúa entre 6,1 y 20,7%^{2,6,7,9,12,19,20,21}. Urdaneta et al.²² así como Alvarado-Esquivel et al.²³, observaron elevadas prevalencias de esta enfermedad. Alvarado-Esquivel et al.²³, concluyen que diversos factores (sociodemográficos, clínicos y psicosociales) contribuyen a este estado depresivo. Dennis y Vigod²⁴, observaron que las mujeres que sufren la violencia interpersonal pasada o actual así como problemas personales o de consumo de sustancias tóxicas deben ser consideradas para la detección específica para la depresión posparto. Urdaneta y col.²², halló que la paridad no influye en este problema. Póo y col.²⁵, encontraron como factores de riesgo psicológicos individuales la sensación de incomodidad con su cuerpo después de dar a luz, antecedentes personales de problemas de salud mental y un alto nivel de la sobrecarga asociada con el cuidado infantil. Además, hallaron

que un factor de riesgo físico individual fue el consumo de alcohol durante el embarazo y entre los factores de riesgo familiares se halló mala relación con el padre del niño durante el embarazo, antecedentes de problemas de salud mental en los miembros cercanos de la familia, historia de violencia familiar y mala relación con los padres durante puerperio. Leahy-Warren¹¹, halló que el soporte estructural formal en el parto y el apoyo emocional funcional fueron factores predictivos independientes de la depresión posnatal a las 12 semanas.

En nuestro país, Escobar et al³, encontraron una frecuencia de 17%, observando que las mujeres víctimas de violencia tienen riesgo elevado de sufrir depresión posparto. En Ica, Auris²⁶, concluye que la depresión post-parto es una condición seria y frecuente en la práctica médica, subdiagnosticada por los profesionales de salud, con repercusiones a corto y largo plazo en la salud del niño y la madre.

El diagnóstico de depresión posparto es clínico y dentro de los síntomas encontramos tendencia al llanto, ánimo sombrío, pérdida de satisfacción por las cosas, rechazo social, insomnio, pérdida de apetito o incremento de apetito, disminución de la concentración, síntomas de desesperanza, apatía e infelicidad y síntomas de culpa al no poder cuidar al bebé; llegando a presentarse síntomas somáticos, tales como dolor tipo quemazón, cefalea y dolores de espalda^{3,27}. Sin embargo, puede ser identificada en la mujer mediante el uso de la Escala de Depresión Posnatal de Edimburgo (EPDS)^{28,29,30}.

Esta sintomatología afecta de forma negativa al desarrollo de los hijos y contribuye también al deterioro progresivo de las relaciones conyugales y familiares. Dadas estas premisas es evidente que la maternidad es un cambio en

la vida de la mujer que influye no sólo en su cuerpo sino en sus relaciones sociales, su identidad, su conducta y sus futuros proyectos de vida¹⁸. La depresión posnatal no solo involucra a la madre sino también a su infante y familia en conjunto^{31,32,33}. Esta enfermedad perturba el matrimonio, mina la confianza de la madre, perjudica el funcionamiento social y la calidad de vida^{9,18,34}. Incluso, la depresión posnatal contribuye a la conducta suicida y al filicidio materno^{9,18,35,36}. Los resultados negativos a largo plazo, incluyen problemas de conducta, emocionales y de salud, que se han atribuido con frecuencia a trastornos en la interacción madre-hijo, aunque los datos más recientes sugieren que las prácticas de crianza y de seguridad deficientes de los hijos son también factores de riesgo. Las madres deprimidas en el puerperio, en los primeros tres meses de vida, son más irritables y hostiles, menos comprometidas, exhiben menos emoción y calor y tienen menor porcentaje de participación en el juego con sus bebés. Asimismo, varias actividades de cuidado también están en peligro por los efectos de la depresión post-parto en el desarrollo de los roles parentales, incluyendo las prácticas de alimentación, muy especialmente la lactancia materna, las rutinas de sueño y visitas de niño sano e inmunizaciones³⁷.

Uno de los aspectos más controvertidos del estudio de la depresión postparto es su etiología. Estudios epidemiológicos han mostrado varios factores de riesgo asociados con la depresión posnatal, entre los que se incluyen bajo ingreso económico^{6,7,19,20,38,39}, edad materna joven^{12,20,38,40}, escolaridad incompleta^{12,20,38}, sexo del niño^{34,41}, depresión previa, eventos adversos en la vida y relación insatisfactoria con el cónyuge¹⁹. También se han observado factores de riesgo: biológicos, como los trastornos del humor y ansiedad, depresión posparto

anterior, síndrome premenstrual disfórico, desajuste hormonal, ya que en el embarazo el estrógeno y la progesterona aumentan considerablemente, e historia familiar de enfermedades psiquiátricas; y psicosociales, como historia de abusos cometidos durante la niñez, adolescencia, embarazo no planificado, sentimientos negativos de la gestación, madre soltera, gran número de hijos, inadecuado soporte económico, violencia marital, nivel educativo bajo y abuso de sustancias, como alcohol y tabaco^{2,6,12}. En investigaciones comparativas, se ha observado que los factores psicosociales son los de mayor importancia en la presentación de depresión posparto, por lo que son llamados factores de riesgo mayores^{7,19,20}. Otros factores pueden ser: dificultades para el amamantamiento y/o preocupaciones sobre el bebé así como alteraciones hormonales, falta de apoyo social para la mujer, existencia de problemas con la pareja, habilidades como madre, la existencia de infecciones, las pérdidas de sangre ya sean bruscas o repetidas, errores de dietética y/o empleo de drogas anorexígenas durante el embarazo, experiencia psicológica negativa del embarazo y del parto^{3,12,18,19,20,36,42}. Sin embargo, la presencia de estos factores de riesgo para depresión posnatal en las mujeres también varía entre los países. Por lo tanto, es recomendable la evaluación de los factores de riesgo en una población dada para así plantear acciones óptimas en la prevención y el tratamiento.

En la provincia de Ica hay escasa información sobre la epidemiología de la depresión posnatal, por lo tanto, buscamos determinar las características sociodemográficas, clínicas o psicosociales de las mujeres que se asocian con depresión en el puerperio inmediato.

MATERIALES Y MÉTODOS

Se desarrolló un estudio prospectivo, transversal, observacional y descriptivo en una población que corresponde a todas las puérperas inmediatas atendidas en el Hospital Santa María del Socorro de Ica que culminaron el embarazo en parto de enero a marzo del 2014. Para hallar la muestra se tomó como referencia el número de partos que se produjeron entre 10 de enero y el 10 de marzo del 2014, la oficina de estadística nos brindó la información con un total de 523 puérperas atendidas, del cual se determinó al máximo poder muestral usando la fórmula –(Tamaño de la muestra para una proporción o estudio descriptivo) $n = [Np(1-p)] / [(d^2/Z^2(1-\alpha/2)^2 + p*(1-p)]^{51}$ -, a un nivel de significancia de 95% (1,96), asumiendo que la proporción del problema es 50% y un error de 5%. De esta forma, la muestra estuvo conformada por 222 puérperas, sin embargo se decidió encuestar a 260 pacientes superando ampliamente el tamaño muestral encontrado para reducir riesgo por pérdida de muestra , para la toma de la muestra utilizamos el muestreo aleatorio simple.

Se incluyeron a las gestantes que culminaron el embarazo en parto en el Hospital María del Socorro de Ica, que se encontraban hospitalizadas durante las primeras 24 horas del puerperio inmediato en este nosocomio y que aceptaron participar en el estudio mediante consentimiento informado. Asimismo, se excluyeron a aquellas puérperas con demencia, retardo o discapacidad mental, trastorno de personalidad y negativa a continuar en el estudio.

Mediante entrevista, se recolectó la información de cada una de las puérperas durante las 24 horas posteriores al parto del Hospital Santa María del Socorro.

Para determinar la presencia de depresión en el puerperio inmediato se utilizó la Escala de Depresión Post Natal de Edimburgo (EPDS)^{28,29,30}. La EPDS es un instrumento que se ha traducido a varios idiomas y validado para la detección de depresión en un número de países^{21,28,44,45,46,47}. En este instrumento de auto-registro, se presentó a la puérpera diez ítems con cuatro opciones de respuesta cada uno. Las opciones tenían un puntaje que varió de cero a tres puntos de acuerdo a la severidad de los síntomas (ítems 3, 5-10 tienen puntuación reversa, ejemplo: 3, 2, 1 y 0) de modo que al final de la prueba el puntaje varió entre cero y treinta puntos. Un puntaje igual o superior a 12 se consideró como prueba positiva, y se consideró como riesgo para depresión postparto que justifica la realización de una entrevista diagnóstica.

También se aplicó el APGAR FAMILIAR, el cual es un instrumento que fue diseñado por el doctor Smilkstein (Universidad de Washington), quien basándose en su experiencia como Médico de Familia propuso la aplicación de este test como un instrumento para los equipos de Atención Primaria, en su aproximación al análisis de la función familiar. Este test ha sido validado por Pless Satterwhite Family Function Index⁵⁰. El cual funciona como un acróstico en la que cada letra del APGAR, se relaciona con una inicial de la palabra que denota la función familiar estudiada (por sus siglas: Adaptación, Participación, Ganancia, Afecto, Recursos) para valorar la funcionalidad de la familia de la puérpera con puntaje de 0: Nunca, 1: casi nunca, 3: casi siempre, 4: siempre, con resultado final de 18-20pts. como buena función familiar, 14-17 pts. Disfunción familiar leve, 10-13 pts. Disfunción familiar moderada, y menos de 9 pts. Disfunción familiar severa^{28,49}.

Asimismo, se empleó un instrumento de recolección de datos, el cual consta de un cuestionario en la que se incluyeron las características individuales, ambientales y familiares. Se procedió a validar el cuestionario "por juicio de expertos", convocando a expertos en el tema: un psiquiatra, dos ginecólogos. Antes de llevar a cabo el estudio realizamos una prueba piloto a una muestra de 20 puérperas, según el resultado obtenido, Alfa de Cronbach 0,8 (Anexo 2), el instrumento es fiable y hace mediciones consistentes.

Los datos fueron ingresados en una base de datos creada en el programa SPSS ver 19.0, previo control de calidad. Se eliminaron las variables con un porcentaje de no respuesta mayor al 10%.

La relación entre las variables categóricas fue analizada con la prueba de Chi-Cuadrado, mientras que las variables numéricas fueron analizadas con las pruebas T Student y ANOVA, aceptando un valor $p < 0.05$ como estadísticamente significativo. Los resultados son presentados en tablas y gráficas desarrolladas en el Programa Microsoft Word 2010.

En cuanto al aspecto legal, se solicitó al Director del Hospital Santa María del Socorro de Ica la autorización para la ejecución del presente estudio, entregando la información del proyecto, avance y resultados finales de la investigación en fechas acordadas. Asimismo, la encuestada firmó el Consentimiento Informado con el que autorizaba a las investigadoras a incluirla en el estudio.

RESULTADOS

Tabla 1

**DEPRESIÓN EN EL PUERPERIO INMEDIATO
SEGÚN VARIABLES RELACIONADAS A LA PUÉRPERA.
HOSPITAL "SANTA MARÍA DEL SOCORRO" DE ICA, 2014**

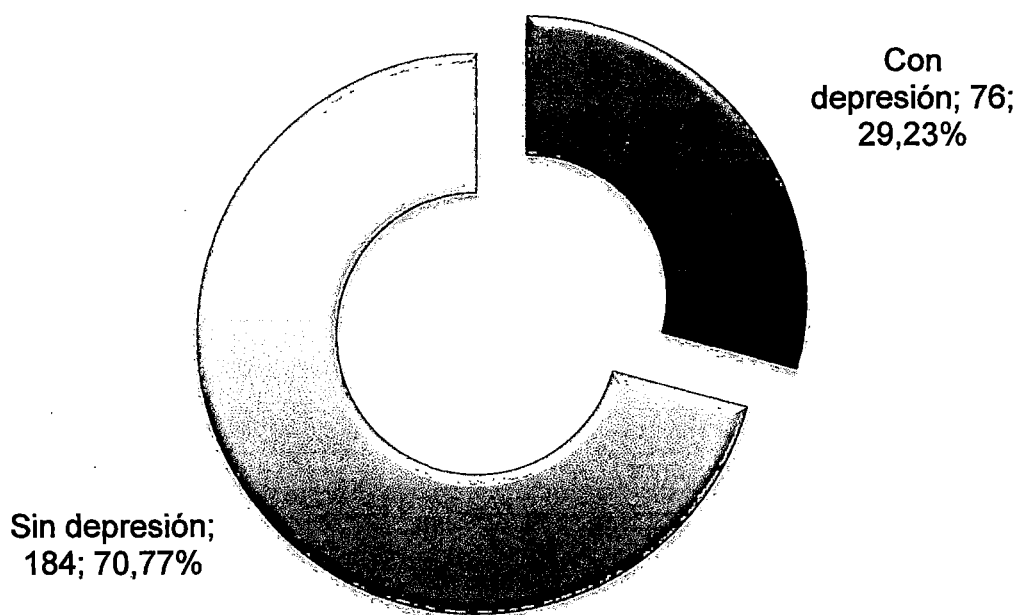
Variables	Con depresión		Sin depresión		P
	Media	E.E.	Media	E.E.	
Edad (años cumplidos)	26,97	0,75	25,90	0,50	0,24
Instrucción (años aprobados)	15,13	0,16	14,97	0,10	0,38
Tiempo pos-parto (horas)	15,47	0,64	15,95	0,43	0,55
Gestaciones (número)	2,37	0,18	2,22	0,10	0,43
Partos (número)	2,16	0,15	2,05	0,10	0,56
Abortos (número)	0,21	0,06	0,17	0,03	0,55
Hijos vivos (número)	2,13	0,15	2,07	0,10	0,71
Horas de sueño (horas)	6,03	0,25	5,48	0,16	0,07

En aquellas puérperas que cursaron con depresión, la edad promedio fue $26,97 \pm 0,75$ años; $15,13 \pm 0,16$ años aprobados de instrucción y con $15,47 \pm 0,64$ horas pos-parto en promedio. En las gestantes que no cursaron con depresión, la edad promedio fue $25,90 \pm 0,50$ años; la instrucción fue $14,97 \pm 0,10$ años en promedio y el tiempo promedio transcurrido después del parto $15,95 \pm 0,43$ horas. En relación a las características obstétricas, aquellas que cursaron con depresión el promedio de gestaciones fue $2,37 \pm 0,18$; de partos $2,16 \pm 0,15$; de abortos $0,21 \pm 0,06$ e de hijos vivos $2,13 \pm 0,15$. En las puérperas inmediatas que no tenían depresión el promedio de gestaciones fue $2,2 \pm 0,10$; de partos $2,05 \pm 0,10$; de abortos $0,17 \pm 0,03$; de hijos vivos $2,07 \pm 0,10$. Asimismo, el número de horas promedio de sueño en aquellas con depresión fue $6,03 \pm 0,25$, mientras que en

aquellas que no cursaron con este problema fue $5,48 \pm 0,16$. No se hallaron diferencias estadísticamente significativas entre los valores promedio obtenidos.

Gráfico 1

**FRECUENCIA DE DEPRESIÓN EN EL PUERPERIO INMEDIATO.
HOSPITAL "SANTA MARÍA DEL SOCORRO" DE ICA, 2014**



La frecuencia de depresión en el puerperio inmediato fue 29,23%.

Tabla 2

**DEPRESIÓN EN EL PUERPERIO INMEDIATO
SEGÚN ZONA DE RESIDENCIA DE LA PUÉRPERA.
HOSPITAL “SANTA MARÍA DEL SOCORRO” DE ICA, 2014**

Zona de residencia	Con depresión		Sin depresión	
	N	%	n	%
Urbano	52	68,42	120	65,22
Rural	18	23,68	36	19,57
Pueblo Joven	6	7,89	28	15,22

Chi cuadrado= 2,00; p=0,26

52 (68,42%) de las puérperas con depresión provenían de la zona urbana, 18 (23,68) de la zona rural y seis (7,89%) de pueblo joven. En el grupo de las puérperas sin depresión, 120 (65,22%) provenía de la zona urbana, 36 (19,57%) de la zona rural y 28 (15,22%) de pueblo joven (p=0,26).

Gráfico 2

**PORCENTAJE DE DEPRESIÓN HALLADO EN LA MUESTRA SEGÚN ZONA
DE RESIDENCIA DE LA PUÉRPERA.**

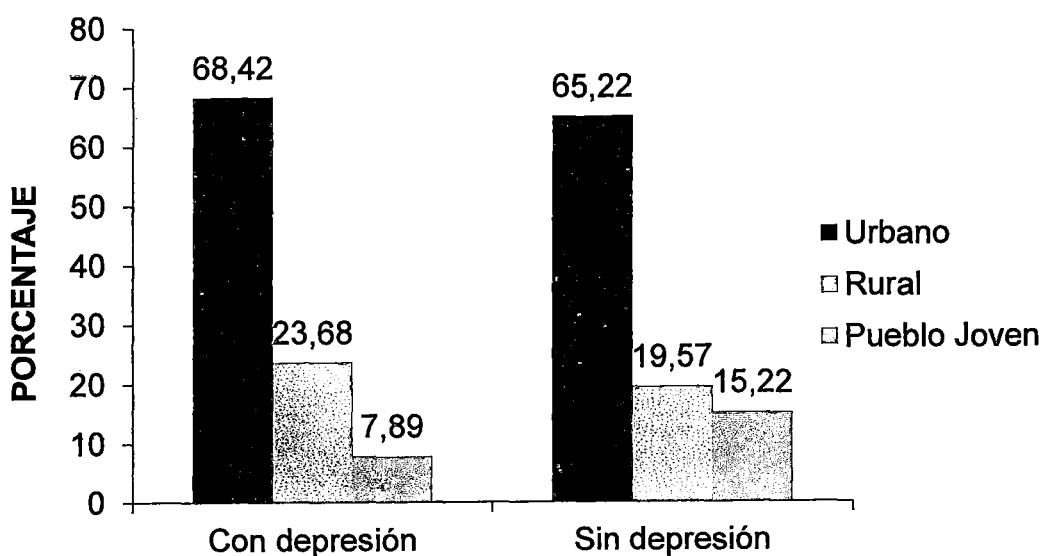


Tabla 3

DEPRESIÓN EN EL PUERPERIO INMEDIATO
SEGÚN CARACTERÍSTICAS DE LA VIVIENDA DE LA PUÉRPERA.
HOSPITAL “SANTA MARÍA DEL SOCORRO” DE ICA, 2014

Características de la vivienda	Con depresión		Sin depresión		P
	n	%	n	%	
No es dueña de la vivienda	48	63,16	128	69,57	0,31
No tiene agua intradomiciliaria	2	2,63	16	8,70	0,08
No tiene desagüe	16	21,05	46	25,00	0,50
No tiene energía eléctrica	4	5,26	12	6,52	0,70

En relación a las características de la vivienda, se observó que la puérpera no era dueña de la vivienda 48 (63,16%) puérperas que cursaban con depresión y en 128 (69,75%) que no tenían este cuadro ($p=0,31$); no había agua intradomiciliaria en dos (2,63%) casos con depresión y en 16 (8,70%) sin depresión ($p=0,08$); no tenían desagüe en 16 (21,05%) puérperas con depresión y en 46 (25,00%) que no cursaron con depresión ($p=0,50$); y no tenían energía eléctrica en cuatro (5,26%) casos con depresión y en 12 (6,52%) pacientes sin depresión ($p=0,70$).

Tabla 4

DEPRESIÓN EN EL PUERPERIO INMEDIATO

SEGÚN SITUACIÓN CONYUGAL.

HOSPITAL "SANTA MARÍA DEL SOCORRO" DE ICA, 2014

Situación conyugal	Con depresión		Sin depresión	
	N	%	n	%
Casada/conviviente	56	73,68	162	88,04
Soltera/Nunca casada	20	26,32	22	11,96

Chi cuadrado =8,18; p=0,00

La situación conyugal fue casada/conviviente en 56 (73,68%) de las púerperas con depresión y en 162 (88,04%) en aquellas sin depresión (p=0,00).

Gráfico 3

PORCENTAJE DE DEPRESIÓN HALLADO EN LA MUESTRA SEGÚN SITUACIÓN CONYUGAL DE LA PUÉRPERA.

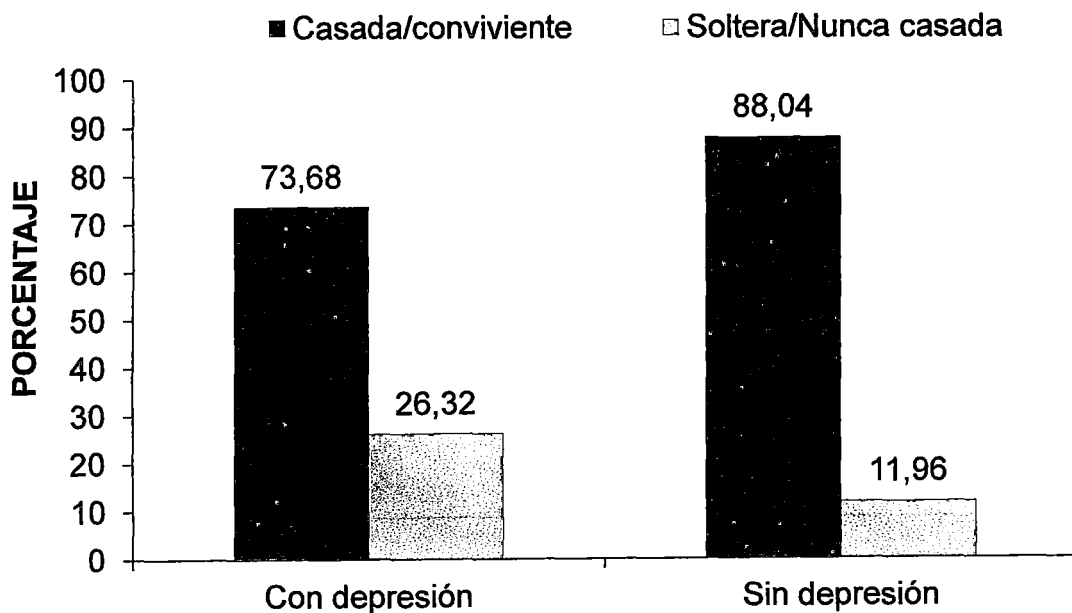


Tabla 5

**DEPRESIÓN EN EL PUERPERIO INMEDIATO
SEGÚN MORBILIDAD PRE-GESTACIONAL Y GESTACIONAL.
HOSPITAL “SANTA MARÍA DEL SOCORRO” DE ICA, 2014**

Morbilidad pre-gestacional y gestacional	Con depresión		Sin depresión		P
	n	%	N	%	
Enfermedad crónica	4	5,26	2	1,09	0,04
Problema de salud mental	8	10,53	12	6,52	0,27
Depresión durante la gestación	54	71,05	82	44,57	0,00
Enfermedad durante la gestación	42	55,26	58	31,52	0,00
Amenaza de aborto o parto pre-término	38	50,00	52	28,26	0,00

Al evaluar la morbilidad pre-gestacional y gestacional, se observó que cuatro (5,26%) de las que cursaban con este cuadro y dos (1,09%) de aquellas que no tenían depresión eran portadoras de alguna enfermedad crónica ($p=0,04$). Ocho (10,53%) con depresión y doce (6,52%) puérperas sin depresión manifestaron tener algún problema de salud mental ($p=0,27$). 54 (71,05%) puérperas con síntomas depresivos y 82 (44,57%) con depresión en el puerperio inmediato manifestaron haber sufrido de depresión durante la gestación; 42 (55,26%) de aquellas puérperas con depresión y 58 (31,52%) de las que no tenían depresión cursaron con alguna enfermedad durante la gestación ($p=0,00$); y 38 (50,00%) de aquellas que sufrían de depresión en el puerperio inmediato y 52 (28,26%) de las que no cursaron con este cuadro, manifestaron haber tenido amenaza de aborto o parto pre-término ($p=0,00$).

Gráfico 4

PORCENTAJE DE DEPRESIÓN HALLADO EN LA MUESTRA SEGÚN MORBILIDAD PRE-GESTACIONAL Y GESTACIONAL.

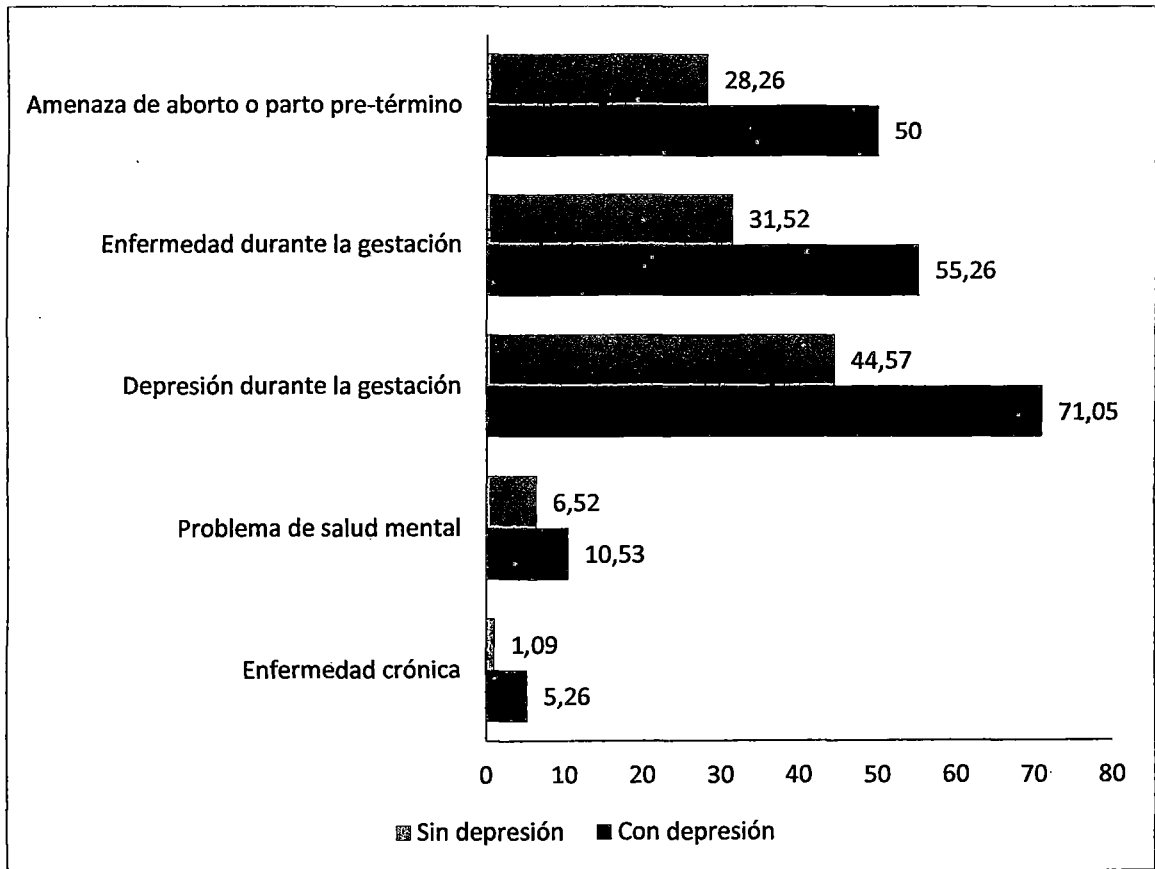


Tabla 6

**DEPRESIÓN EN EL PUERPERIO INMEDIATO
SEGÚN PERSONAS CON QUIEN CONVIVE LA PUÉRPERA.
HOSPITAL “SANTA MARÍA DEL SOCORRO” DE ICA, 2014**

Personas con quien convive	Con depresión		Sin depresión		P
	n	%	n	%	
Vive con su pareja	56	73,68	148	80,43	0,23
Vive con hijos	52	68,42	118	64,13	0,51
Vive con otro familiar	26	34,21	82	44,57	0,12

56 (73,68%), 52 (68,42%) y 26 (34,21%) de las puérperas con depresión manifestaron vivir con su pareja, hijos y/o con otro familiar, respectivamente; mientras que 148 (80,43%), 118 (64,13%) y 82 (44,57%) de aquellas que no tuvieron depresión en el puerperio inmediato, también señalaron que vivían con su pareja, con los hijos y/o con otro familiar, respectivamente. No se halló relación estadísticamente significativa entre la presencia de depresión y las personas con quienes convive la puérpera ($p > 0,05$).

Tabla 7

DEPRESIÓN EN EL PUERPERIO INMEDIATO

SEGÚN ANTECEDENTES DE VIOLENCIA.

HOSPITAL “SANTA MARÍA DEL SOCORRO” DE ICA, 2014

Antecedente de violencia	Con depresión		Sin depresión		P
	n	%	n	%	
Maltrato infantil	22	28,95	18	9,78	0,00
Violencia sexual	8	10,53	12	6,52	0,27

En relación con los antecedentes de violencia, 22 (28,95%) de las púerperas con depresión y 18 (9,78%) de las que no tenían síntomas depresivos, manifestaron que habían sufrido maltrato infantil ($p=0,00$). Asimismo, ocho (10,53%) de las que cursaron con depresión y doce (6,52%) de las que no tuvieron este cuadro en el puerperio inmediato, señalaron que habían sufrido violencia sexual ($p=0,27$).

Gráfico 5: PORCENTAJE DE DEPRESIÓN HALLADO EN LA MUESTRA SEGÚN ANTECEDENTES DE VIOLENCIA DE LA PUÉRPERA.

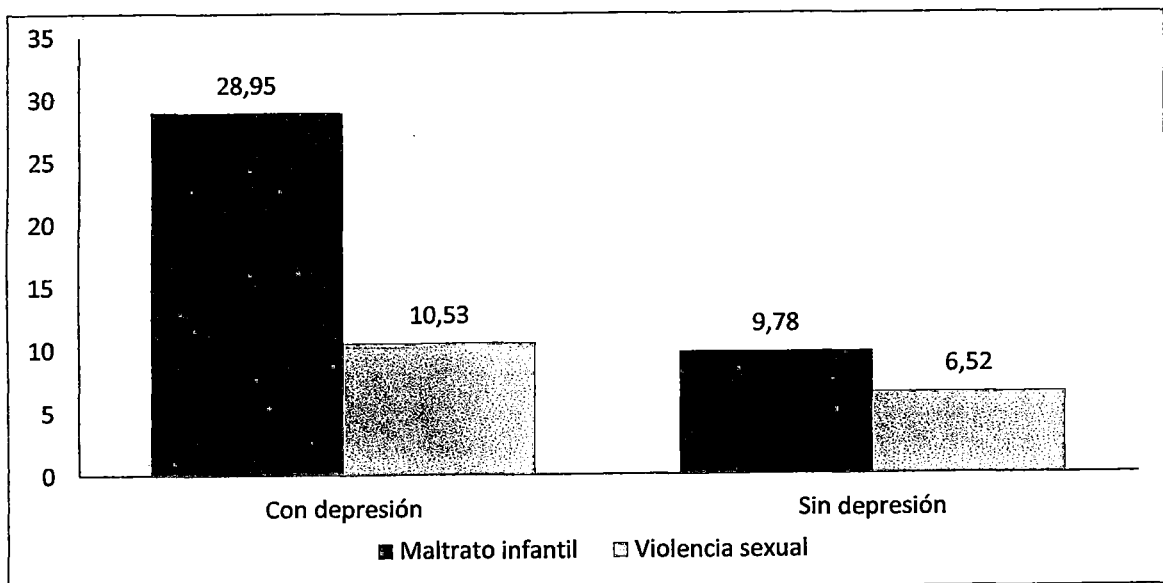


Tabla 8

**DEPRESIÓN EN EL PUERPERIO INMEDIATO
SEGÚN CARACTERÍSTICAS DE LA PAREJA Y SU RELACIÓN.
HOSPITAL "SANTA MARÍA DEL SOCORRO" DE ICA, 2014**

Características de la pareja y su relación	Con depresión		Sin depresión		P
	n	%	n	%	
Pareja alcohólica	12	15,79	16	8,70	0,09
Pareja consume drogas	0	0,00	4	2,17	0,20
Mala relación con la pareja	12	15,79	20	10,87	0,27
Abandono de pareja	18	23,68	20	10,87	0,01

12 (15,79%) de las puérperas inmediatas con depresión señalaron que su pareja era alcohólica y en igual frecuencia que tenían mala relación con la pareja, asimismo, 18 (23,68%) señalaron que habían sido abandonadas por esta. En el grupo de las puérperas inmediatas, 16 (8,70%) manifestaron que la pareja era alcohólica, cuatro (2,17%) que esta consumía drogas, 20 (10,87%) que tenían mala relación con ella y en igual frecuencia que habían sido abandonadas por ella. Sólo se halló relación estadísticamente significativa entre el abandono de la pareja y la presencia de depresión en el puerperio inmediato ($p=0,01$).

Gráfico 6

**PORCENTAJE DE DEPRESIÓN HALLADO EN LA MUESTRA SEGÚN
CARACTERÍSTICAS DE LA PAREJA Y SU RELACIÓN CON LA PUÉRPERA**

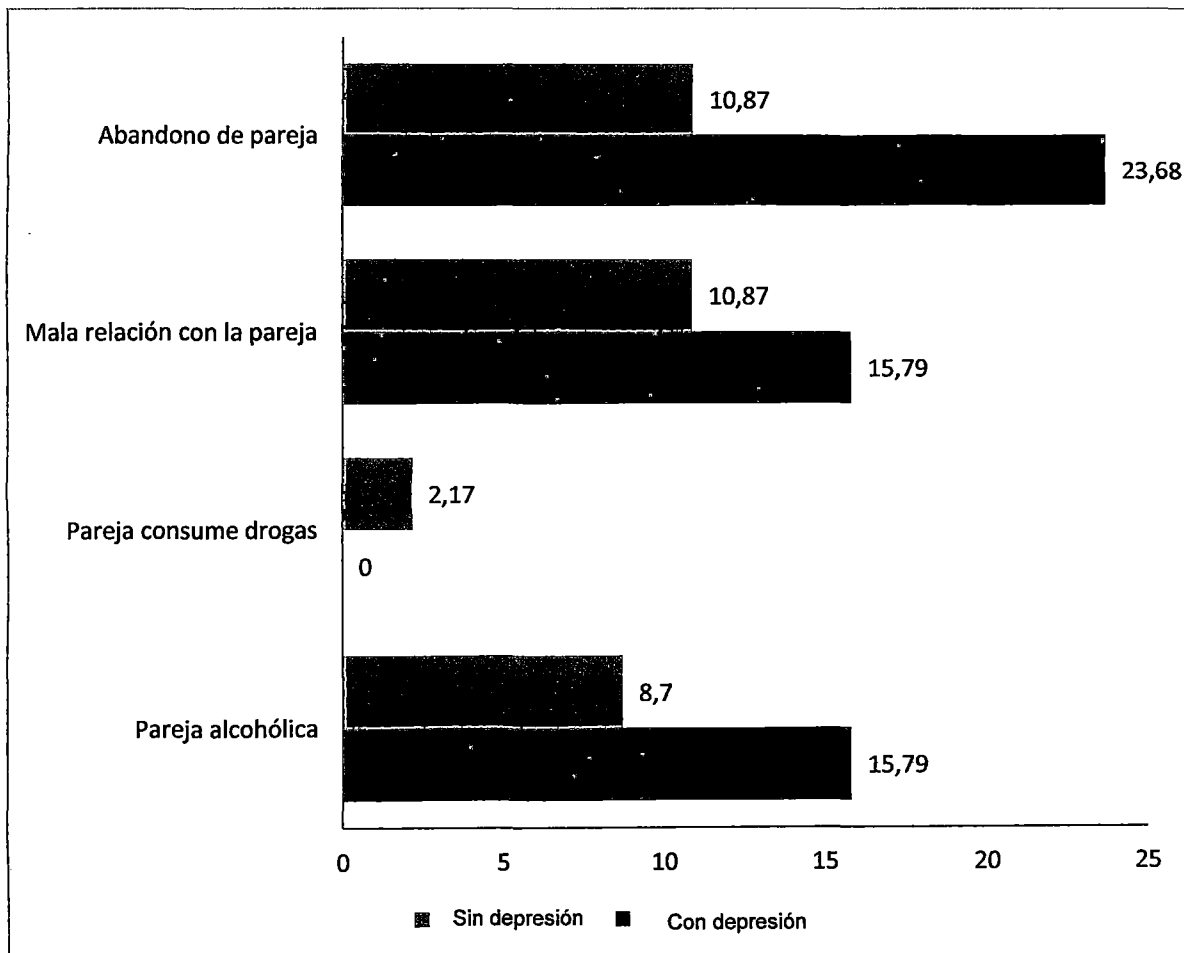


Tabla 9

DEPRESIÓN EN EL PUERPERIO INMEDIATO

SEGÚN CALIDAD DE SUEÑO.

HOSPITAL "SANTA MARÍA DEL SOCORRO" DE ICA, 2014

Calidad del sueño	Con depresión		Sin depresión	
	n	%	n	%
Buena	10	13,16	50	27,17
Regular	58	76,32	106	57,61
Mala	8	10,53	28	15,22

Chi cuadrado =2,00; p=0,01

En relación con la calidad del sueño podemos observar que, en las puérperas con depresión, esta fue buena en diez (13,16%), regular en 58 (76,32%) y mala en ocho (10,53%). En aquellas que no tuvieron depresión en el puerperio inmediato, la calidad fue buena en 50 (27,17%), regular en 106 (57,61%) y mala en 28 (15,22%) (p=0,01).

Gráfico 7 : PORCENTAJE DE DEPRESIÓN HALLADO EN LA MUESTRA

SEGÚN CALIDAD DE SUEÑO DE LA PUÉRPERA.

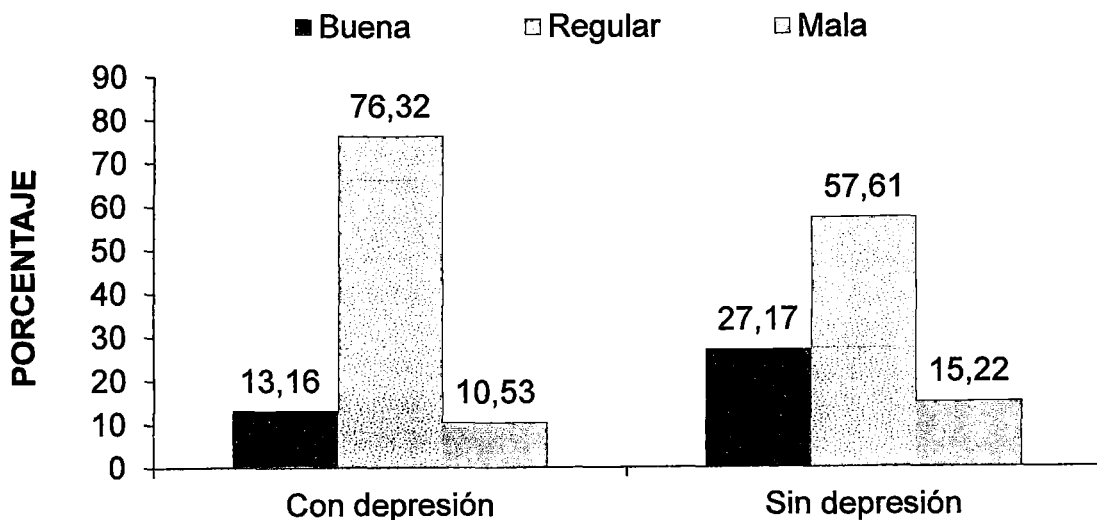


Tabla 10

DEPRESIÓN EN EL PUERPERIO INMEDIATO

SEGÚN FUNCIONAMIENTO FAMILIAR.

HOSPITAL “SANTA MARÍA DEL SOCORRO” DE ICA, 2014

Funcionamiento familiar	Con depresión		Sin depresión	
	n	%	n	%
Buen funcionamiento	20	26,32	80	43,48
Disfunción leve	14	18,42	58	31,52
Disfunción moderada	18	23,68	20	10,87
Disfunción severa	24	31,58	26	14,13

Chi cuadrado =3,00; p=0,00

Al analizar el funcionamiento familiar observamos que 20 (26,32%) de las puérperas con depresión mencionó buen funcionamiento, 14 (18,42%) disfunción leve, 18 (23,68%) disfunción moderada y 24 (31,58%) con disfunción severa. En el grupo de gestantes sin depresión, 80 (43,48%) tuvieron buen funcionamiento familiar, 58 (31,52%) disfunción leve, 20 (10,87%) disfunción moderada y 26 (14,13%) disfunción severa (p=0,00).

Gráfico 8:

**PORCENTAJE DE DEPRESIÓN HALLADO EN LA MUESTRA SEGÚN
FUNCIONAMIENTO FAMILIAR.**

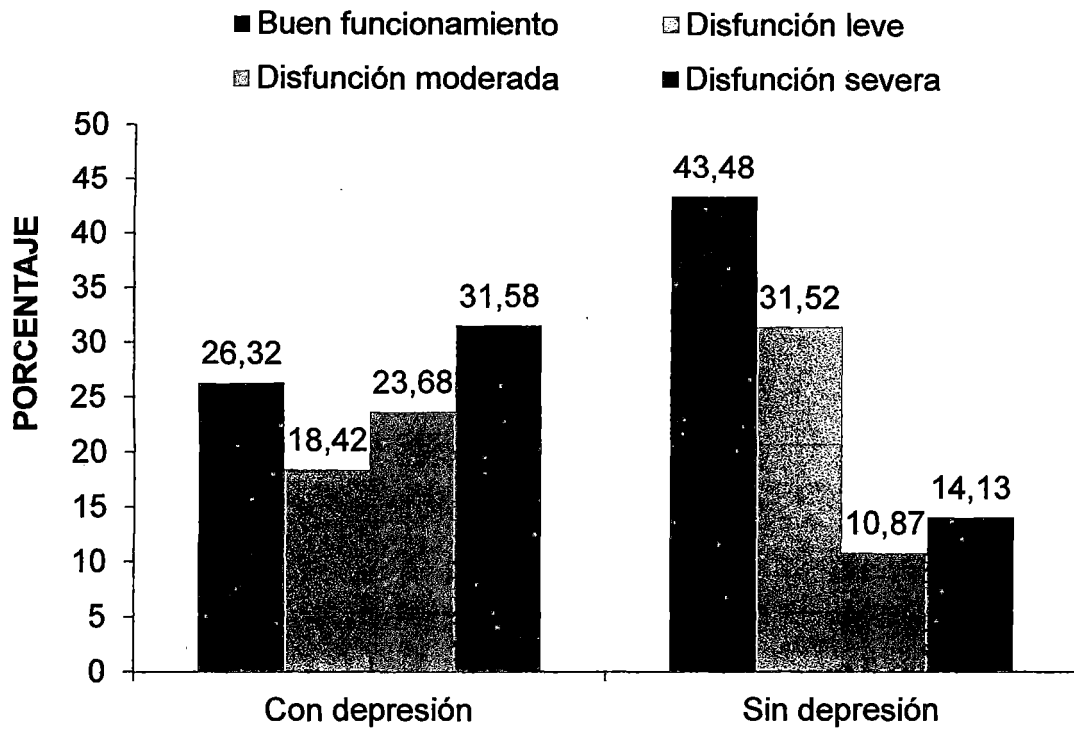


Tabla 11

**DEPRESIÓN EN EL PUERPERIO INMEDIATO
SEGÚN PLANIFICACIÓN Y DESEO DE CULMINAR LA GESTACIÓN.
HOSPITAL “SANTA MARÍA DEL SOCORRO” DE ICA, 2014**

Planificación y deseo de culminar la gestación	Con depresión		Sin depresión		P
	n	%	n	%	
No planificó la gestación	52	68,42	122	66,30	0,74
No deseaba culminar la gestación	24	31,58	34	18,48	0,02

52 (68,42%) de las puérperas con depresión y 122 (66,30%) de las que no tenían depresión manifestaron que no habían planificado la gestación (p=0,74). Asimismo, 24 (31,58%) de las que tenían depresión y 34 (18,48%) de aquellas puérperas sin depresión, señalaron que no deseaban culminar la gestación (p=0,02).

Gráfico 9

**PORCENTAJE DE DEPRESIÓN HALLADO EN LA MUESTRA SEGÚN
PLANIFICACIÓN Y DESEO DE CULMINAR LA GESTACIÓN.**

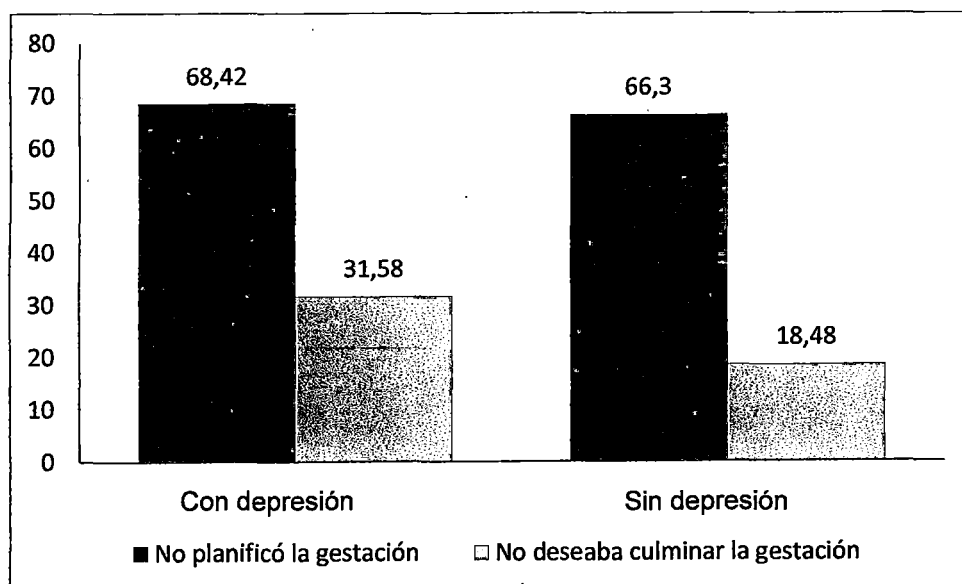


Tabla 12
DEPRESIÓN EN EL PUERPERIO INMEDIATO
SEGÚN VIA DE CULMINACION DEL PARTO.

Vía de culminación	Con depresión		Sin depresión		P
	N	%	n	%	
Vía de culminación					
Vaginal	50	65,79	130	70,65	0,44
Abdominal	26	34,21	54	29,35	

En relación con el parto, se observó que 50 (65,79%) de las púerperas con depresión y 130 (70,65%) de aquellas sin depresión habían culminado la gestación en parto vaginal ($p=0,44$).

Tabla 13
DEPRESIÓN EN EL PUERPERIO INMEDIATO
SEGÚN SEXO DEL RECIÉN NACIDO.
HOSPITAL “SANTA MARÍA DEL SOCORRO” DE ICA, 2014

Sexo	Con depresión		Sin depresión	
	n	%	n	%
Femenino	34	44,74	104	56,52
Masculino	42	55,26	80	43,48

Chi cuadrado =1,00; $p=0,08$

En las 42 (55,26%) de las púerperas con depresión y en 80 (43,48%) de aquellas sin depresión, el recién nacido fue de sexo masculino.

Tabla 14

**DEPRESIÓN EN EL PUERPERIO INMEDIATO
SEGÚN EDAD GESTACIONAL DEL RECIÉN NACIDO.
HOSPITAL "SANTA MARÍA DEL SOCORRO" DE ICA, 2014**

Edad gestacional	Con depresión		Sin depresión	
	N	%	n	%
A término	66	86,84	172	93,48
Post-término	2	2,63	6	3,26
Pre-término	8	10,53	6	3,26

Chi cuadrado =2,00; p=0,06

En las puérperas con depresión observamos que la edad gestacional del recién nacido fue a término en 66 (86,84%), ocho (10,53%) pre-términos y dos (2,63%) post-término. En el grupo de puérperas sin depresión se observó que en 172 (93,48%) casos, la edad gestacional del recién nacido, fue a término, en seis (3,26%) esta fue post-término y en el igual frecuencia pre-términos (p=0,06).

DISCUSION

De acuerdo con nuestros resultados podemos decir que una de cada tres mujeres tiene depresión en el puerperio inmediato, es decir, en las primeras 24 horas posparto. Esta frecuencia es similar a la mencionada por Lee⁹, durante la gestación, pero inferior a las prevalencias reportadas por Urdaneta et al.²² así como Alvarado-Esquivel et al²³. Además, al comparar nuestros resultados con los reportados por Auris²⁶ podemos afirmar que este problema se va incrementando a medida que transcurre el período puerperal.

En nuestro estudio, este problema se asoció a la situación conyugal. Si bien en aquellas que tuvieron depresión hubo mayor proporción de mujeres unidas (casadas o convivientes), se observa que en las no unidas (solteras o nunca casadas) es más frecuente la depresión. Adicionalmente, el abandono de la pareja se asoció a la presencia de depresión en el puerperio inmediato. Un hallazgo similar a lo reportado por Póo y col.²⁵ quien demostró que la mala relación con el padre del niño durante el embarazo es un factor asociado. Estas características son expresiones de un mismo problema, la inadecuada comunicación de la pareja durante la gestación que podría estar condicionando la falta de deseo para culminar la gestación, una característica que también se asoció a la depresión en la mujer durante las primeras 24 horas posparto.

En relación a la morbilidad gestacional, podemos observar que cuando la puérpera ha cursado con depresión durante la gestación o cuando hay presencia de alguna morbilidad, inclusive amenaza de aborto o parto pre-término, encontraremos el episodio depresivo asociado en el puerperio inmediato.

La presencia de maltrato durante la infancia es un antecedente asociado a la presencia de depresión en el puerperio inmediato. Tal como lo señalan Dennis y Vigod²⁴, las mujeres que sufren la violencia interpersonal pasada o actual deben ser consideradas para la detección específica para la depresión posparto. Adicionalmente, podemos ver que el funcionamiento familiar también se asocia, observando que a medida que aumenta que se agrava la disfunción familiar, existe mayor frecuencia de depresión en el puerperio inmediato. Tal como lo señala Leahy-Warren¹¹, el soporte estructural formal en el parto y el apoyo emocional son claves para reducir la posibilidad de eventos depresivos en el puerperio inmediato.

Finalmente, observamos que la calidad de sueño también se asoció a este problema, encontrando mayor frecuencia de puérperas con depresión en las primeras 24 horas cuando la calidad de sueño era regular o mala.

A diferencia de otros estudios epidemiológicos en nuestros resultados la depresión en el puerperio inmediato no se asoció a la edad materna joven^{12,20,38,40}, la escolaridad incompleta^{12,20,38} ni el sexo del niño^{34,41}.

La detección temprana de síntomas relacionados a este problema es la salida más factible para permitir el diagnóstico y reducir los problemas de salud. Por ello, el conocimiento de esta patología debe llevar consigo un estudio profundo no solo de las implicaciones de la enfermedad mental en la madre, sino también de las relaciones con su hijo o con otros miembros de la familia, así como del comportamiento del niño¹. La identificación de posibles episodios depresivos puede prevenir las consecuencias negativas asociadas a los mismos, tanto para la madre como para el feto y el niño si se hace un tratamiento adecuado^{21,28}. Esto

explica la importancia de detectar en el período prenatal a las mujeres susceptibles a estos padecimientos con el fin de ejercer profilaxis desde el punto de vista médico²¹.

Debemos recordar que la Escala de Edimburgo es una prueba de tamizaje que valora el riesgo de depresión, por lo que para certificar el diagnóstico es necesaria la evaluación por la especialidad en salud mental.

CONCLUSIONES

- La frecuencia de depresión en el puerperio inmediato es 29,23%, es decir, una de cada tres mujeres tendrá un cuadro depresivo en las primeras 24 horas posparto.
- Se considera que las características individuales asociadas a la depresión en el puerperio inmediato son la situación conyugal, el antecedente de depresión o enfermedad durante la gestación, así como la amenaza de aborto o parto pre-término, no desear culminar con la gestación, la calidad del sueño,
- El funcionamiento familiar, el maltrato infantil, así como el abandono de la pareja, son las características familiares asociadas a la presencia de depresión en las primeras 24 horas después del parto.
- Las características ambientales no se asociaron a la depresión en el puerperio inmediato.

RECOMENDACIONES

- La depresión posparto, es un problema de salud pública presente en nuestra población femenina, que debe ser explorado, diagnosticado y tratado adecuadamente en los establecimientos que atienden al binomio madre-niño antes, durante y después del parto.
- El descanso es una prioridad absoluta tras el nacimiento de un hijo. A pesar de que muchas veces es difícil hacerlo, lo ideal es pedir ayuda al entorno para los quehaceres diarios, por lo menos los primeros días, puede ayudar mucho a recuperar el ánimo. Además, es importante que la madre dedique tiempo para el cuidado personal y piensen en ellas mismas. Aquí, el apoyo parental es importante, además hablar con amigas de los problemas que estén pasando ayuda enormemente a la gestante y/o puérpera a sentirse comprendida y apoyada.
- La depresión posparto no es un problema individual, pues las mujeres no son las únicas afectadas por este período de tristeza, también las parejas pueden ser afectados. El estrés frente a las nuevas responsabilidades, el temor de “no estar a la altura” de las circunstancias, el cansancio, etc, incluso estos sentimientos pueden aparecer antes del nacimiento del bebé, por lo que resulta necesario la consejería psicológica para enfrentar esta nueva etapa.
- Por lo tanto, es recomendable la evaluación de los factores de riesgo en una población dada para así plantear acciones óptimas en la prevención y el tratamiento.

- Capacitación de profesionales del área gineco-obstétrica en la detección oportuna de la Depresión en gestantes y puérperas.
- Incluir un registro de puntaje EPDS e indicación de intervención si corresponde en tarjeta de control prenatal y agenda de salud de la mujer en control posparto.
- Aplicación de la escala de Edimburgo en cada trimestre del control prenatal. También se puede realizar en visita domiciliaria o a través de correo electrónico (si las pacientes tienen acceso a él). Derivar a consulta médica para confirmación diagnóstica a gestantes y puérperas con puntaje igual o mayor a 12 en la escala de Edimburgo.
- Realizar monitoreo y seguimiento de la aplicación de EPDS a madres a los 2 y 6 meses posparto.
- Realizar seguimiento de las madres que están en tratamiento por depresión posparto y evaluar su evolución.

FUENTES BIBLIOGRÁFICAS

1. Dennis CL, Chung-Lee L. Búsqueda de soluciones y preferencias de tratamientos maternos frente a la depresión postparto: Una revisión sistemática cualitativa. *Inglaterra* 2008;33:323-331. (traducido al español)
2. Masmoudi J, Tabelsi S, Charfeddine F, Ben Ayed B, Guermazzi M, Jaoua. Prevalencia de depresión postparto entre 213 parturientas tunecinas. *AfricaGynecolObstetFertil* 2008;36:782-787. (traducido al español)
3. Escobar J, Pacora P, Custodio N. Depresión posparto ¿Se encuentra asociada a la violencia basada en género? *An. Fac. med*, 2009; 70(2): 115-118.
4. Pacheco J. Ginecología obstetricia y reproducción. Segunda Ed. Editor, REP, 2007. p. 1343.
5. Beck C. Depresión Postparto. *AJN*. 2008;106(5):40-50. (traducido al español)
6. Tannous L, Gigante LP, Fuchs SC, Busnello ED. Depresión postparto en el Sur de Brasil: Prevalencia y determinantes socioeconómicos y demográficos. *BMC Psychiatry* 2008; 8:1. (traducido al español)
7. Dindar I, Erdogan S. Tamizaje a mujeres turcas con depresión post-parto en el primer año: Perfil de riesgo de una muestra de la comunidad. *PublicHealthNurs* 2007;24:176-183. (traducido al español)
8. Vicente B, Rioseco P, Saldivia S, Kohn R, Torres S. Prevalencia de trastornos psiquiátricos en Latinoamérica: Revisión crítica. *Rev Colombiana Psiq*. 2007;34(4):506-14

9. Lee DT, Chung TK. Depresión postnatal: Actualización. *Best Pract Res ClinObstetGynaecol* 2007;21:183-191. (traducido al español)
10. Noble R. La depresión en mujeres. *Metabolismo*. 2007;54(Suppl 1):49-52. (traducido al español)
11. Leahy-Warren P, McCarthy G, Corcoran P. La depresión posparto en las madres primerizas: prevalencia y relaciones entre el apoyo social, funcional y estructural a las 6 y 12 semanas después del parto. *Archivos de Enfermería Psiquiátrica*. 2011; 25(3):174–184.(traducido al español)
12. Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades. Prevalencia de auto-reporte de síntomas depresivos en el postparto -17 estados, 2006-2007. *MMWR Morb Mortal Wkly Rep* 2008;57:361-366. (traducido al español)
13. Leahy-Warren P, McCarthy G. Depresión postnatal: Prevalencia, perspectivas y tratamientos de las madres. *Arch PsychiatrNurs* 2007;21:91-100. (traducido al español)
14. Scrandis DA, Sheikh TM, Niazi R, Tonelli LH, Postolache TT. Depresión después del parto: Factores de riesgo, consideraciones diagnósticas y terapéuticas. *ScientificWorldJournal* 2007;7:1670-1682. (traducido al español)
15. OMS. Salud Mental: Depresión. *Informe Mundial de la Salud* 2012:12-33.
16. Edge D. Origen étnico, riesgos psicosociales, y depresión: Un estudio comparativo perinatal entre las mujeres dentro de la ciudad en el Reino Unido *J Psychosom Res* 2007;63:291-295. (traducido al español)

17. Oviedo-Lugo GF, Jordán-Mondragón Valeria. Trastornos afectivos en el posparto. *Univ. Med.*. 2008; 47(2): 131-140.
18. Horwitz SM, Briggs-Gowan MJ, Storfer-Isser A, Carter AS. Prevalencia, correlatos, y persistencia de la depresión materna. *J Women Health* 2007;16:678-691. (traducido al español)
19. Gulseren L, Erol A, Gulseren S, Kuey L, Kilic B, Ergor G. Desde antes del parto hasta después del parto: un estudio prospectivo sobre la prevalencia de la depresión perinatal en una comunidad semiurbana de Turquía. *J ReprodMed* 2007;51:955-960. (traducido al español)
20. Reck C, Struben K, Backenstrass M, Stefenelli U, Reinig K, Fuchs T, et al. Prevalencia, aparición y comorbilidad de la ansiedad después del parto y los trastornos depresivos. *ActaPsychiatrScand* 2008;118:459-468. (traducido al español)
21. Alvarado-Esquivel C, Sifuentes-Álvarez A, Salas-Martínez C, Martínez-García S. Validación de la Escala de Depresión Posparto de Edimburgo en una población de puérperas en México. *ClinPractEpidemiolMent Health* 2008;2:33. (traducido al español)
22. Urdaneta J, Rivera A, García J, Guerra M, Baabel N, Contreras A. Prevalencia de depresión posparto en primigestas y multíparas valoradas por la escala de Edimburgo. *RevChilObstetGinecol*. 2010; 75(5): 312 - 320
23. Alvarado-Esquivel et al. Prevalencia de depresión posnatal en mujeres atendidas en hospitales públicos de Durango, México. *GacMédMéx* 2010; 146(1):1-9

24. Dennis C, Vigod S. La relación entre la depresión postparto, la violencia doméstica, la violencia de la niñez, y el uso de sustancias psicoactivas. Muestra de estudio epidemiológico en una comunidad. *Violencia contra la mujer*. 2013; 19(4):503-517. (traducido al español)
25. Póo AM, Espejo C, Godoy C, Gualda M, Hernández T, Pérez C. Prevalencia y factores de riesgo asociados a la depresión posparto en puérperas de un Centro de Atención Primaria en el Sur de Chile. *RevMéd Chile*. 2008;136:44-52.
26. Auris E. Factores asociados a depresión post-parto en el Hospital Santa María del Socorro de Ica. 2009. Facultad de Medicina de la Universidad Nacional San Luis Gonzaga. 2010.
27. Bloch M, Rotenberg T, Koren D, Klein E. Factores de riesgo de síntomas depresivos en el posparto inmediato. *Gen HospPsychiatry*. 2007;28:3-8 (traducido al español)
28. Bao-Alonso MP, Vega-Dienstmaier JM, Saona-Ugarte P. Prevalencia de depresión durante la gestación. *RevNeuropsiquiatr*. 2010; 73(3):95-103
29. Cox JL, Holden JM, Sagovsky R. Detección de depresión postnatal. Desarrollo de los 10-items de la Escala de Depresión Postnatal de Edimburgo. *Br J Psychiatry* 1987;150:782-786. (traducido al español)
30. Schaper AM, Rooney BL, Kay NR, Silva PD. El uso de la Escala de Depresión Postnatal de Edimburgo para identificar la depresión posparto en un entorno clínico. *J Reprod Med* 1994;39:620-624. (traducido al español)
31. Vesga-López O, Blanco C, Keyes K, Olfson M, Grant BF, Hasin DS. Trastornos psiquiátricos en mujeres embarazadas y puérperas en los

- Estados Unidos. Arch Gen Psychiatry 2008;65:805-815. (traducido al español)
32. Ho-Yen SD, Bondevik GT, Eberhard-Gran M, Bjorvatn B. Factores asociados a los síntomas depresivos en las mujeres después del parto en Nepal. ActaObstetGynecolScand 2007;86:291-297. (traducido al español)
 33. Hoffbrand S, Howard L, Crawley H. Tratamiento con antidepresivos para la depresión postnatal. Cochrane Database Syst Rev 2007; CD002018. (traducido al español)
 34. de Tychev C, Briançon S, Lighezzolo J, Spitz E, Kabuth B, de Luigi V, et al. La calidad de vida, la depresión postparto y el sexo del bebé. J ClinNurs 2008;17:312-322. (traducido al español)
 35. Kauppi A, Kumpulainen K, Vanamo T, Merikanto J, Karkola K. La depresión materna y el filicidio: Caso de estudio de diez madres. Arch Women Ment Health 2008;11:201-206. (traducido al español)
 36. Taguchi H. Filicidio maternal en Japón: Análisis de 96 casos y orientaciones futuras para la Prevención. SeishinShinkeigakuZasshi 2007;109:110-127. (traducido al español)
 37. Field T. Comportamiento y Desarrollo Infantil. 2010; 33(1):1-6. (traducido al español)
 38. Mayberry LJ, Horowitz JA, Declercq E. Prevalencia de síntomas de depresión y factores de riesgo demográficos entre las mujeres de Estados Unidos durante los primeros 2 años después del parto. J ObstetGynecol Neonatal Nurs 2007;36:542-549. (traducido al español)

39. Segre LS, O'Hara MW, Arndt S, Stuart S. Prevalencia de la depresión posparto: Importancia relativa de los tres índices de estado social. *Soc Psychiatry PsychiatrEpidemiol* 2007; 42:316-321. (traducido al español)
40. Figueiredo B, Pacheco A, Costa R. Depresión durante el embarazo y el período posparto en madres portuguesas adolescentes y adultas. *Arch Women Ment Health* 2007;10:103-109. (traducido al español)
41. Xie RH, He G, Liu A, Bradwejn J, Walker M, Wen SW. Género fetal y la depresión posparto en un estudio de cohorte en mujeres chinas. *SocSci Med* 2007;65:680-684. (traducido al español)
42. Jadresic E, Nguyen N, Halbreich U. ¿Qué busca la investigación chilena acerca de la depresión posparto (PPD)? *J Affect Disord.* 2008;20:1-7. (traducido al español)
43. Oficina de Estadística e Informática. Estadísticas hospitalarias 2014. Hospital Santa María del Socorro.
44. Adouard F, Glangeaud-Freudenthal NM, Golse B. Validación de la escala de depresión postnatal de Edimburgo (EPDS) en una muestra de mujeres con embarazos de alto riesgo en Francia. *Arch Women Ment Health* 2007;8:89-95. (traducido al español)
45. Contreras-Pulache H, Mori-Quispe J, Lam Figueroa N, Luna-Praetorius M. Evaluación de la salud mental de madres puérperas con recién nacidos de bajo peso al nacer. *Revperuepidemiol* 2011; 15 (1) [7 pp.]
46. Aramburú P, Arellano R, Jáuregui S, Pari L, Salazar P, Sierra O. Prevalencia y factores asociados a depresión posparto en mujeres

atendidas en establecimientos de salud del primer nivel de atención en Lima Metropolitana, junio 2004. Rev. Perú. epidemiol. 2008; 12(3):0-0

47. Paima RJ, Vásquez RI. Prevalencia y asociación entre la cesárea no programada y la depresión postparto en postcesareadas adolescentes en el Instituto Nacional Materno Perinatal. Universidad Nacional Mayor de San Marcos. 2011. Disponible en : http://cybertesis.unmsm.edu.pe/bitstream/cybertesis/2958/1/paima_pr.pdf (traducido al español)
48. Reyes S, Valderrama O, Ortega K, Chacón M. Funcionalidad familiar y estilos de vida saludables. Asentamiento humano Nuevo Paraíso-districto de Pativilca, 2009. Rev. Aporte Santiaguino 2010; 3(2): 214-221.
49. Cuba M, Jurado A, Romero Z, Cuba M. Características familiares asociadas a la percepción de la calidad de vida en pobladores de un área urbano-marginal en el Distrito de Los Olivos, Lima. RevMedHered. 2013; 24:12-16.
50. Smilkstein G, Ashworth C, Montano D. Validez y fiabilidad del APGAR familiar como una prueba de funcionalidad familiar. J FamPract 1982; 15: 303-1 (traducido al español).
51. Sullivan K. Estadísticas de código abierto para la salud pública. Universidad Emory. Versión actualizada 2013. Disponible en: www.OpenEpi.com.

ANEXOS

Anexo 1

FICHA DE RECOLECCIÓN DE DATOS

FACTORES INDIVIDUALES

1. ¿Qué edad tiene? _____ (años)

2. ¿Cuántos años aprobó en la escuela/universidad? _____ (años aprobados)

Nivel: (0) Ninguno (1) Primaria (2) Secundaria (3) Superior

3. ¿Qué religión profesa?

(0) Ninguna (1) Católica (2) Evangélica (3) Otra

4. ¿Trabaja? (0) Sí (1) No

4.1 Tipo de actividad laboral: (0) Ninguna (1) Obrera/Oficio (2) Técnico(3) Profesional

4.2 ¿Qué tipo de trabajo tiene? (0) Independiente (1) Dependiente

5. Si la respuesta anterior es no: ¿Antes trabajaba? (0) Sí (1) No

5.1 Tipo de actividad laboral: (0) Ninguna (1) Obrera/Oficio (2) Técnico (3) Profesional

5.2 ¿Qué tipo de trabajo tenía? (0) Independiente (1) Dependiente

6. ¿Cuál es su estado conyugal?

(0) Casada (1) Conviviente (2) Soltera/Nunca casada (3) Viuda
(4) Divorciada/Separada

7. ¿Alguna vez ha sufrido violencia sexual? (0) Sí (1) No

8. ¿Ha sido diagnosticada de alguna enfermedad crónica? (0) Sí (1) No

8.1 Si la respuesta es Sí ¿Cuál es la enfermedad que le diagnosticaron?

9. ¿Ha sufrido de problemas de salud mental durante su vida? (0) Sí (1) No

10. ¿Ha sufrido de depresión durante la gestación? (0) Sí (1) No

11. ¿Ha tenido amenaza de aborto y/o de parto pre-término? (0) Sí (1) No

12. ¿Cuántas horas duerme al día? _____ (horas)

13. ¿Cómo califica la calidad de sueño que tiene? (0) Bueno (1) Regular (2) Malo

14. ¿Tuvo alguna enfermedad durante la gestación? (0) Sí (1) No

14.1 si la respuesta es Sí :¿Cuál fue la enfermedad que tuvo durante su gestación?_____

15. Numero de gestaciones__

16. Número de partos____

17. número de abortos

18. Número de hijos vivos _____

19. Tiempo transcurrido desde el parto :__

FACTORES SOCIO-ECONÓMICOS

1. ¿Es usted dueño de la vivienda? (0) Sí (1) No

2. ¿Tiene usted en su vivienda agua domiciliaria?(0) Sí (1) No

3. ¿Tiene usted en su vivienda desagüe?(0) Sí (1) No

4. ¿Tiene usted en su vivienda energía eléctrica?(0) Sí (1) No

5. ¿En qué distrito vive? _____

6. Zona de residencia: (0) Urbano (1) Rural (2) Pueblo joven

FACTORES FAMILIARES

1. ¿Vive sola? (0) Sí (1) No

2. ¿Vives con tu pareja? (0) Sí (1) No

3. ¿Vives con tu(s) hijo(s)? (0) Sí (1) No

4. ¿Vives con algún otro familiar? (0) Sí (1) No

5. ¿Alguna vez ha sufrido maltrato infantil? (0) Sí (1) No

6. ¿Alguna vez ha sufrido abandono por su pareja/esposo actual?

(0) Sí (1) No

7. ¿Tiene mala relación con su pareja/esposo padre de su hijo/a?

(0) Sí (1) No

8. ¿Cree usted que su pareja sufre de alcoholismo? (0) Sí (1) No

9. ¿Cree usted que su pareja consume sustancias psicoactivas (drogas)?

(0) Sí (1) No

10. ¿Tiene antecedentes familiares de problemas de salud mental?

(0) Sí (1) No

11. ¿Planificó este último embarazo? (0) Sí (1) No

11.1 ¿Luego de enterarse de su embarazo deseaba tener este último hijo/hija? (0) Sí (1) No

12. ¿Cuál fue la vía de culminación del parto? (0) Vaginal (1) Abdominal

13. ¿Qué tipo de parto fue? (0) Eutócico (1) Distócico

PRODUCTO:

1.Vive: (0) Sí (1) No

2.Sexo: (0) femenino (1) masculino

3.Edad gestacional: (0) A término (1) Pos-término (2) Pre-término

4. Hospitalizado: (0) Si (1) No

4.1 si la respuesta es Sí : ¿Cuál es su Patología? _____

Anexo 2

Alfa de Cronbach del Instrumento

N	EDAD	NI	AAPR	RELIG	TRAB	EC	VS	ENFCR	PSM	DDG	AABOR	CS	EDGEST	NA	DV	D	EE	DISTR	ZR	VC	VH	VF	MI	AP	MRP	CPA	FPSM	PUE	DESEOTUH	VIACP	TP	SEXOBB	EG	HOSPIT	SUMA	
1	25	3	5	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	0	1	0	0	1	2	0	0	0	1	1	1	1	1	0	0	0	0	0	0	0	1	70
2	21	2	5	1	0	1	0	1	0	1	0	0	1	1	1	0	0	0	0	0	0	0	1	1	1	1	1	1	0	0	0	1	0	1	80	
3	19	2	5	0	1	2	1	1	1	0	1	2	1	0	1	1	0	2	1	0	0	1	1	1	1	1	1	1	1	0	0	1	1	1	83	
4	30	3	2	1	0	0	1	1	1	0	0	1	0	0	1	0	0	2	2	1	0	0	1	0	0	1	1	0	0	0	0	1	0	1	85	
5	17	2	5	1	0	1	1	1	1	1	1	1	1	0	1	0	0	2	0	0	0	1	1	1	1	1	1	1	0	1	1	1	0	1	90	
6	25	2	5	1	1	1	1	1	1	1	1	0	1	1	1	0	0	1	0	0	0	1	1	1	1	1	1	0	0	0	1	0	1	90		
7	26	1	2	1	1	1	1	1	1	0	1	0	0	0	1	0	0	2	0	0	0	0	1	1	0	1	1	0	0	0	0	1	0	1	92	
8	18	2	5	1	0	1	1	1	1	1	1	1	1	0	1	0	0	1	0	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	0	0	0	1	92	
9	24	3	5	1	1	2	1	1	0	0	1	1	1	0	1	0	0	0	0	1	1	0	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	96
10	18	2	5	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	0	1	1	2	2	1	1	1	1	1	1	1	1	0	0	0	0	0	0	0	1	101
11	33	3	5	1	0	1	0	1	1	0	0	1	0	2	0	0	0	2	2	0	0	1	1	0	1	0	1	0	0	1	1	0	1	1	102	
12	27	2	5	1	1	1	1	1	1	0	0	1	1	0	1	0	0	2	1	0	0	1	1	1	1	1	1	1	1	0	0	1	0	1	103	
13	33	2	5	1	1	1	1	1	1	0	1	0	0	0	0	0	0	2	0	0	0	1	0	0	1	1	1	0	0	0	0	0	0	0	1	105
14	22	2	5	1	1	1	1	1	1	0	0	1	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	1	1	1	1	0	1	0	0	0	0	1	0	1	108
15	33	3	5	1	0	1	1	0	1	0	0	1	0	1	0	0	0	3	0	0	0	1	1	1	1	1	1	1	0	0	0	1	0	1	110	
16	35	3	3	2	1	1	1	1	1	1	1	0	1	0	1	0	0	0	0	0	0	1	1	1	1	1	0	1	1	0	0	0	1	0	1	114
17	32	2	5	1	1	1	1	1	1	1	0	0	1	1	1	0	0	0	0	0	0	0	1	1	1	1	1	1	0	0	0	0	0	0	1	117
18	42	2	3	1	1	1	1	1	1	1	1	0	1	0	0	0	0	1	0	0	0	1	0	1	1	1	1	0	0	0	0	1	0	1	121	
19	32	2	5	0	0	0	0	1	0	0	0	1	0	0	0	1	0	1	0	1	0	1	1	1	1	1	0	1	1	1	1	1	1	0	1	129
20	35	1	6	0	1	0	1	1	1	1	1	1	1	0	0	1	1	1	1	0	0	1	1	1	1	1	1	0	0	0	0	1	0	1	131	
Varianza	46	0,4	1,1	0,2	0,2	0,2	0,1	0	0,1	0,3	0,2	0,3	0,2	0,3	0,2	0,2	0,1	0,8	0,6	0,2	0,1	0,2	0,1	0,1	0,1	0,2	0,1	0,2	0,2	0,1	0,1	0,2	0,1	0	254	

Suma de varianzas = 54
 Varianza de la suma = 254
 Número de ítems = 34
 Alfa de Cronbach = 0,8

Anexo 3

APGAR FAMILIAR

(Smilkstein G, Ashworth C, Montano D. Validity and reliability of the family

APGAR as a test of family function. J FamPract 1982; 15: 303-1)

Función	Nunca	Casi nunca	Algunas veces	Casi siempre	Siempre
Me satisface la ayuda que recibo de mi familia cuando tengo algún problema y/o necesidad.					
Me satisface la participación que mi familia me brinda y permite.					
Me satisface cómo mi familia acepta y apoya mis deseos de emprender nuevas actividades.					
Me satisface cómo mi familia expresa afectos y responde a mis emociones como rabia, tristeza, amor, y otros.					
Me satisface cómo compartimos en mi familia; a) el tiempo para estar juntos, b) los espacios en la casa, c) el dinero.					

Funcionalidad familiar:

(1) Disfunción leve (2) Disfunción moderada (3) Disfunción severa (4) Buena función

Anexo 4

ESCALA DE EDIMBURGO

(COX JL, HOLDEN JM, SAGOVSKY R. BR J PSYCHIATRY 1987; 150: 782-6)*

Como usted hace poco tuvo un bebé, nos gustaría saber cómo se ha estado sintiendo. Por favor **SUBRAYE** la respuesta que más se acerca a como se ha sentido **EN LOS ÚLTIMOS 7 DÍAS**.

1. He podido 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 marchaban mal:

- 3 Sí, casi siempre
- 2 Sí, algunas veces
- 1 No muy a menudo
- 0 No, nunca

4. He estado ansiosa y preocupada sin motivo:

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

5. He sentido miedo o 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, casi siempre
- 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, casi siempre
- 2 Sí, a menudo
- 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 estado tan infeliz que he estado llorando:

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

10. He pensado en hacerme daño a mí misma:

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

* Versión traducida al español por el Departamento de Psicología de la Universidad de Iowa

Depresión post-parto (Escala de Edimburgo): (0) No (1) Sí

ANEXO 5:

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Al firmar este documento, doy mi consentimiento para que el(los) autor(es) de la investigación **FACTORES ASOCIADOS A LA DEPRESIÓN EN EL PUERPERIO INMEDIATO EN PACIENTES ATENDIDAS EN EL HOSPITAL SANTA MARÍA DEL SOCORRO DE ICA, 2014** me entreviste(n). Comprendo que seré parte de una investigación que se enfoca en las características de las gestantes que culminan la gestación en parto. Este estudio financiado por los autores, proporcionará información a los profesionales de la salud sobre factores que condicionan la depresión post-parto.

Comprendo que seré entrevistada a una hora adecuada en el área de hospitalización del nosocomio. Se me preguntará sobre las características de mi residencia, familia, pareja, así como de mi persona con relación a aspectos generales y psicológicos evaluados a través de test.

Esta entrevista es otorgada en forma libre, sé que es voluntaria y que, aún después que la entrevista inicie, puedo rehusarme a responder preguntas específicas o decidir terminar la entrevista en cualquier punto.

Sé que mis respuestas a las preguntas no se proporcionarán a nadie más y no seré identificada de alguna manera en cualquier reporte.

También he sido informada que si participo o no, mi negativa a responder no afectará los servicios que yo o cualquier miembro de mi familia puedan recibir de los proveedores de servicios de salud o sociales e, inclusive, de la Universidad Nacional San Luis Gonzaga.

Este estudio ayudará a una mejor comprensión de las características de la población gestante y las acciones que pueden ser más útiles para ellas. Sin embargo, yo no recibiré beneficios directos como resultado de mi participación.

Ica, ____ de _____ del 2014.

NOMBRE: _____

FIRMA: _____

D.N.I. N° : _____