

UNIVERSIDAD PRIVADA DE TACNA
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA PROFESIONAL DE MEDICINA HUMANA



**DEPRESIÓN POST PARTO EN PUÉRPERAS TARDÍAS ATENDIDAS EN EL
HOSPITAL REGIONAL GUILLERMO DIAZ DE LA VEGA – ABANCAY.
AÑO 2013**

TESIS PARA OPTAR EL TÍTULO PROFESIONAL DE MÉDICO CIRUJANO

PRESENTADO POR:

Bach .HARNOL PAREJA JUAREZ

ASESOR:

Dr. PEDRO CÁRDENAS RUEDA

TACNA – PERÚ

2014



DEDICATORIA

Este presente trabajo va dedicado primero a Dios por haberme dado la dicha de vivir esta hermosa vida y en ella poder cursar esta tan linda carrera, a mi papa por su constante apoyo y confianza, a mi mama por estar siempre ahí y nunca dejar que me detenga, ayudarme, muy a su manera, a seguir caminando y seguir creciendo como persona, a mi hermano por cuidar siempre de mí, y a toda mi familia y a mis amigos por su constante aliento.

AGRADECIMIENTOS:

A mis docentes y maestros que influyeron en mi para el desarrollo de este proyecto, también agradezco a aquellas personas que me ayudaron en la recolección de datos y encuestas, a mi asesor por el apoyo y por darse el tiempo de poder ayudarme a darle forma a mi proyecto y a mis jurados los cuales aportaron con sus ideas en este proyecto.



RESUMEN:

La depresión post parto es un trastorno depresivo que se caracteriza principalmente por ánimo depresivo, desinterés por el cuidado del nuevo hijo, culpabilidad, ansiedad, fatiga y una percepción desesperanzadora y angustiosa de la vida, de sí misma y de su entorno. Se tuvo como objetivo el determinar la incidencia de depresión postparto en puérperas tardías atendidas en el Hospital Regional Guillermo Díaz De La Vega de Abancay. Realizando una investigación de tipo observacional de diseño descriptivo, prospectivo realizado en madres atendidas en el hospital regional Guillermo Díaz de la Vega – Abancay obteniendo como resultados que la incidencia de depresión postparto en madres atendidas en el hospital regional Guillermo Díaz dela vega en el año 2013 las cuales fueron evaluadas con la escala de Depresión Post Parto De Edimburgo fue de 57.7%, además se encontró que las variables edad, número de hijos, grado de instrucción, estado civil y abortos previos mostraron tener asociación con depresión post parto, al mostrar diferencias significativas ($P < 0.005$), también se pudo ver que la vía de parto, edad gestacional del recién nacido, si el embarazo fue o no deseado y la presencia o no de alguna patología durante el embarazo no fueron variables significativas en asociación con DPP. Entonces tenemos como conclusión que la depresión post parto en madres atendidas en el hospital regional Guillermo Díaz e la vega de Abancay valorada con la Escala De Depresión Post Parto de Edimburgo tuvo una gran incidencia con un 57.7%, en comparación con estudios realizados en la capital del país, pero también se asemeja a otros resultados obtenidos en otros países de la región con un nivel sociocultural similar al del nuestro ámbito de estudio.

PALABRAS CLAVE: Depresión Postparto, Escala De Depresión Postparto De Edimburgo, Puérperas Tardías, Puerperio Tardío



ABSTRACT:

The post partum depression is a mood disorder that is primarily characterized by depressed mood , lack of interest in the care of the new child , guilt , anxiety, fatigue and hopeless and distressing perception of life itself and its environment . This study was aimed to determine the incidence of postpartum depression in late postpartum women treated at the Regional Hospital Guillermo Diaz De La Vega Abancay . Conducting an investigation observational descriptive design, prospective study on mothers served by the regional hospital Guillermo Diaz de la Vega - Abancay obtaining as results the incidence of postpartum depression in mothers served by the regional hospital Guillermo Diaz dela vega in 2013 which were evaluated with the scale of Postpartum Depression from Edinburgh was 57.7 % , also found that the variables age , number of children , level of education , marital status and previous abortions were shown to have association with partum depression post , showing differences significant ($P < 0.005$), could also be seen that the mode of delivery , gestational age of the newborn, whether the pregnancy was unwanted or and the presence or absence of any disease during pregnancy were not significant variables in association with DPP . Then we have the conclusion that postpartum depression in mothers served by the regional hospital Guillermo Diaz and the vega of Abancay valued with Postpartum Depression Scale Edinburgh had a great impact at 57.7 % , compared with studies conducted in the capital the country, but also resembles other results obtained in other countries in the region with a similar field of study of our sociocultural level

KEYWORDS: Postpartum Depression, Postpartum Depression Scale Of Edinburgh Postpartum women Delayed, Late Puerperium



ÍNDICE

Introducción.....	6
Capítulo I.....	8
1.1.Fundamentación del problema.....	8
1.2.Formulación del problema.....	10
1.3.Objetivos.....	11
1.4.Justificación.....	11
1.5.Definición de términos.....	12
Capítulo II.....	13
2.1. Antecedentes de la investigación.....	13
2.2. Marco teórico.....	21
Capítulo III.....	48
3.2. Operacionalización de variables.....	48
Capítulo IV.....	50
4.1. Diseño.....	50
4.2. Ámbito de estudio.....	50
4.3. Población y Muestra.....	51
4.4. Instrumento de recolección.....	52
4.5. Procedimiento de análisis de datos.....	53
Capítulo VI.....	54
6.1. Resultados.....	54
6.2. Discusión.....	65
6.3. Conclusiones.....	68
6.4. Recomendaciones.....	69
Bibliografía.....	70
Anexos.....	75



INTRODUCCIÓN

En el transcurso del embarazo y puerperio ocurren una serie de cambios bioquímicos, psicológicos y sociales que hacen más vulnerable a la mujer para la aparición de ciertos trastornos. Dentro de los vinculados al puerperio se distingue la tristeza, depresión posparto y la psicosis puerperal.¹

Los trastornos del ánimo son enfermedades multisistémicas, que se manifiestan con distintos grados de alteración patológica del ánimo asociados a un significativo deterioro físico y social.¹

Los trastornos depresivos representan un importante problema de salud pública, siendo más frecuente en las mujeres y con mayor riesgo durante el embarazo y puerperio. La depresión posparto (DPP) es un importante trastorno de la salud mental en la mujer, al cual se le han atribuido variados factores de riesgo para su presentación. Esta patología se relaciona directamente con la salud del niño, pues afecta en las áreas biopsicosociales de su desarrollo.²

La DPP es un trastorno depresivo que se caracteriza principalmente por ánimo depresivo, desinterés por el cuidado del nuevo hijo, culpabilidad, ansiedad, fatiga y una percepción desesperanzadora y angustiosa de la vida, de sí misma y de su entorno en el periodo de puerperio hasta aproximadamente un año después del parto.² Este estado de depresión constante impide que las madres logren dimensionar a cabalidad la importancia de ejercer adecuadamente el cuidado del bebe, así como determinar las medidas preventivas para la salud de este y de ella misma. Aunque la depresión postparto es un trastorno tratable, muchas mujeres que lo padecen no reconocen tener este

¹ MSc. EM Angelina Dois Castellón “Actualizaciones en depresión posparto” Escuela de Enfermería, Facultad de Medicina. Pontificia Universidad Católica de Chile. Revista Cubana de Obstetricia y Ginecología. 2012; 38(4)576-586

² Camila Bórquez Martínez, María José Duhau Uribe, Arlet Sánchez Cárdenas “INFLUENCIA DE LA Depresion post parto en las consultas por morbilidad en el niño menor de un año en el CESFAM externo Valdivia” Valdivia chile 2013.



problema. La presencia de síntomas mentales graves durante el embarazo y/o el postparto es importante por su morbilidad, consecuencias y posibles complicaciones, lo que ha llevado a que en los últimos años se haya intentado optimizar el diagnóstico y proveer tratamientos tempranos y eficientes para estos.³ Al respecto, se han diseñado varias escalas para el tamizaje de esta patología, entre las cuales se encuentra la escala de depresión posparto de Edimburgo (Edinburgh Postnatal Depression Scale, EPDS); es importante tener presente que la EPDS es un método de pesquisa para la depresión posparto, siendo el DSM-IV el método más exacto y profundo para el diagnóstico de esta entidad clínica. Según este último, el especificador de inicio en el posparto debe ser realizado a los trastornos que se inicien durante las cuatro semanas posteriores al parto y puede realizarse a episodios depresivos mayor, maniaco o mixto actual (o más reciente) de un trastorno depresivo mayor, trastorno bipolar I o trastorno bipolar II, o a un trastorno psicótico breve.¹

El reconocimiento de la depresión posparto en la atención médica primaria es pobre, sobre todo si se considera el aumento que la depresión ha experimentado en toda la sociedad.¹ Estas situaciones y el hecho de la omisión de la asistencia sanitaria puede originar trastornos en la interacción entre las madres y sus recién nacidos, tales como alteraciones psicológicas a corto y largo plazo en los hijos y un mayor riesgo de separaciones y divorcios.¹

Por tales motivos es muy importante el diagnóstico oportuno de esta patología, para poder brindar el soporte emocional adecuado y especializado a las puérperas que lo padecen y de esta manera garantizar el equilibrio emocional de la madre y su bebe.

³ José Urdaneta M. MSc , Ana Rivera S. ,José García I. PhD , Mery Guerra V. PhD , Nasser Baabel Z. PhD , Alfi Contreras B. “Prevalencia de depresión posparto en primigestas y multíparas valoradas por la escala de Edimburgo”, Programa de obstetricia y ginecología, hospital universitario de Maracaibo, Universidad del Zulia., Venezuela rev chil obstet ginecol 2010; 75(5): 312 – 320



CAPÍTULO I

EL PROBLEMA DE LA INVESTIGACIÓN

1.1 Fundamentación Del Problema

Durante el embarazo y el puerperio se suceden una serie de cambios bioquímicos, psicológicos y sociales que ocasionan una mayor vulnerabilidad para la aparición de trastornos en la esfera psíquica de la mujer⁴ además por la literatura sabemos que los problemas emocionales durante el puerperio se conocen desde la antigüedad, ya en los primeros escritos de Hipócrates, 700 AC, los describía en detalle así como en los textos de Celso y Galeno⁵

Dentro de los vinculados al puerperio se distingue la tristeza y depresión posparto y la psicosis puerperal⁶. La depresión posparto ha sido definida como “la presencia de todo trastorno depresivo, sin síntomas psicóticos, que se manifiesta durante el primer año postparto”⁷.

La depresión, más frecuente en la mujer, es un problema mundial, cuyas probabilidades de padecerla aumentan durante el puerperio. .⁸

⁴Moreno A, Domínguez L, França PS. Depresión posparto: prevalencia de test de rastreo positivo en púerperas del Hospital Universitario de Brasilia, Brasil. Rev Chil Obstet Ginecol 2004;69(3):209-13.

⁵Vargas-Mendoza, J.E. y García-Jarquín, M. Depresión post-parto: presencia y manejo psicológico. Centro Regional de Investigación en Psicología, Volumen 3, Número 1, 2009 Pág. 11-18

⁶Carro T, Sierra JM, Hernández M J, Ladrón E, Antolín E. Trastornos del estado de ánimo en el postparto Medicina General y de Familia [internet]. 2000.

⁷Cox J, Holden J. Perinatal mental health. A guide to the Edinburgh Postnatal Depression Scale, London, Gaskell, 2003.

⁸Latorre-Latorre, José Fidel, Contreras-Pezzotti, Leddy Marina, García-Rueda, Susana et al. Postpartum depression in adolescent women from Bucaramanga, Colombia. Revista Colombiana de Obstetricia y Ginecología, Vol.57, no.3, año 2006, Pág.147-155. ISSN 0034-7434.



La prevalencia de la DPP fluctúa entre 8% y 30%, siendo tres veces más alta en los países emergentes que en los países desarrollados⁹. Esta patología pasa desapercibida y no es detectada por los profesionales de la salud que tratan a la mujer durante este periodo crítico de la vida; a pesar de que sus consecuencias negativas sean que los síntomas pueden hacerse crónicos, repercutiendo en el deterioro del bienestar familiar y las alteraciones en el desarrollo del bebé¹⁰

⁹ ROJAS, GRACIELA et al. Caracterización de madres deprimidas en el posparto. *Rev. méd. Chile* [online]. 2010, vol.138, n.5 pag. 536-542 .

¹⁰García Esteve, Luisa et al. Estudio de la depresión post-parto en madres españolas: detección, incidencia y factores asociados. 2000



1.2 Formulación del Problema:

¿Cuál es la incidencia de depresión postparto en puérperas tardías atendidas en el Hospital Regional Guillermo Díaz De La Vega de Abancay durante los meses de octubre, noviembre y diciembre 2013?

1.3 Objetivos:

1.3.1. Objetivo General:

Determinar la incidencia de depresión postparto en puérperas tardías atendidas en el Hospital Regional Guillermo Díaz De La Vega de Abancay en el año 2013

1.3.2. Objetivos Específicos:

1. Determinar la frecuencia de depresión post parto en las puérperas tardías atendidas en el Hospital Guillermo Díaz De La Vega de Abancay 2013 utilizando la escala de depresión post parto de Edimburgo.
2. Determinar qué factores maternos como son la edad materna, número de hijos, grado de instrucción, estado civil, abortos previos, embarazo deseado, patología durante el embarazo y edad gestacional están asociado a la depresión post parto en puérperas tardías atendidas en el Hospital Guillermo Díaz De La Vega de Abancay 2013



1.4. JUSTIFICACIÓN

Tomando en cuenta que la depresión en el post parto es una condición que aparece frecuentemente en la población de puérperas existiendo un subregistro importante respecto de su incidencia se ha demostrado el impacto negativo que asocia en términos de la relación con el neonato y con todo el entorno familiar incluyendo la interacción con el cónyuge

El propósito de este proyecto fue la de evaluar si las pacientes puérperas del Hospital Regional Guillermo Díaz De La Vega en Abancay, que son atendidas por el Servicio de Gineco-Obstetricia manifiestan, en alguna proporción depresión post parto, mediante la Escala de Depresión Postnatal de Edinburgh además de identificar las principales características que influyan en la aparición de esta patología en nuestra población como un primer paso en el objetivo de controlar su aparición en las gestantes de nuestro medio y de este modo minimizar el impacto negativo de la misma.



1.5. DEFINICIÓN DE TÉRMINOS

DPP.- Depresión Post parto.

EPDS.-Edinburgh Postnatal Depression Scale

DSM-IV.- Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales.Cuarta edición

MINSA.- ministerio de salud del Peru

OMS.- Organización Mundial de la Salud

ICP. Incompatibilidad cefalo pélvica

ITU, infección del tracto urinario

REV.- Revista

MÉD.- Médica

OBST.- Obstetricia

AC.- antes de Cristo

VOL.- Volumen

CESFAM.- Centro De Salud Familiar

FAC- Facultad

GABA.- Ácido Gamma-Aminobutírico



CAPÍTULO II

REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA

2.1. Antecedentes de Investigación:

José Urdaneta M.y col “Prevalencia de depresión posparto en primigestas y multíparas valoradas por la escala de Edimburgo”, Programa de obstetricia y ginecología, hospital universitario de Maracaibo, Universidad del Zulia., Venezuela Rev Chil Obstet Ginecol 2010; 75(5): 312 – 320 buscaron comparar la prevalencia de depresión posparto en primíparas y multíparas atendidas en la División de Obstetricia y Ginecología del Servicio Autónomo Hospital Universitario de Maracaibo, Venezuela para lo cual se realizó una investigación comparativa con diseño no experimental, que incluyó una muestra de 100 mujeres en puerperio tardío, divididas en dos grupos pares de 50 sujetos según paridad, evaluadas mediante la Escala de Depresión Posparto de Edimburgo presentando resultados que demostraron una prevalencia del test positivo en el 91% de la muestra, con una prevalencia de depresión posparto confirmada por medio del DSM-IV del 22%, presentando mayor frecuencia de ideación suicida las multíparas ($p < 0,05$). No hubo una asociación estadísticamente significativa entre paridad y depresión posparto.³

Drs. Olga M. Jaime, y Col , “Depresión Postparto con Relación a la Edad, Cantidad de Hijos y Estado Civil”, Facultad de Ciencias Médicas, Universidad



Nacional de Córdoba. Córdoba, Argentina, Acta Científica Estudiantil 2006; 4(3):137-145. Buscaron comparar los resultados obtenidos con los realizados en otros países e incorporar el test EPDS al equipo de salud para diagnosticar la patología. Para lo cual se utilizó una muestra aleatoria de 140 madres con niños menores de 1 año de edad que concurrieron a centros de vacunación de la Maternidad Nacional de Córdoba y del Hospital Misericordia ambos de la Ciudad de Córdoba en el período de 1 mes. Se les realizó el test de autoevaluación EDPS (Edinburgh Depression Postnatal Scale) que permite diagnosticar depresión postparto. Para el análisis de los datos se utilizó el utilitario Microsoft Excel. Resultados del total de la muestra, 30 presentaron depresión. A este grupo se lo dividió según la edad en donde el 40% de los casos pertenece al grupo de 15-20 años y un 33% al de 21-26 años. Con respecto a la cantidad de hijos el 60% de los casos fueron primíparas. Con relación al estado civil el 47% de los casos estaban en pareja.¹¹

José Urdaneta M. MSc y col “Factores de riesgo de depresión posparto en puérperas venezolanas valoradas por medio de la escala de Edimburgo” Programa de Obstetricia y Ginecología, Universidad del Zulia, Venezuela .Rev Chil Obstet Ginecol 2011; 76(2): 102-112 Se propuso determinar los factores de riesgos para DPP en puérperas atendidas en la Maternidad “Dr. Armando Castillo Plaza” del Hospital Universitario de Maracaibo, Venezuela. Se realizó una investigación descriptiva con diseño no experimental, mediante una muestra de 100 puérperas, evaluadas por la Escala de Depresión Postparto de Edimburgo (EDPS). Como resultados se observó una prevalencia del test positivo del 91%, con una prevalencia de DPP confirmada mediante el DSM-IV del 22%. De las características evaluadas solo los trastornos médicos durante el embarazo, la enfermedad del neonato, no contar con el apoyo de su pareja, presentar antecedentes de depresión o

¹¹ Drs. Olga M. Jaime, Natalia V. Solis, Marina Zarate, Julia Linetzky, Oscar A. Atienza, Depresión Postparto con Relación a la Edad, Cantidad de Hijos y Estado Civil, Facultad de Ciencias Médicas, Universidad Nacional de Córdoba. Córdoba, Argentina, Acta Científica Estudiantil 2006; 4(3):137-145.



melancolía o tener un nivel educativo primario o inferior, mostraron una asociación significativa con el desarrollo de DPP. El nacimiento mediante cesárea y no contar con el apoyo familiar presentaron una asociación significativa con el riesgo de DPP; mientras que el parto vaginal o haber alcanzado un nivel educativo superior a la primaria mostraron tener un efecto protector.¹²

Vargas-Mendoza, J.E. y García-Jarquín, M. Depresión post-parto: presencia y manejo psicológico. Centro Regional de Investigación en Psicología Oaxaca, México , Volumen 3, Número 1, 2009 Pág. 11-18. El propósito de este trabajo fue el de evaluar la presencia de la Depresión en pacientes postnatales, mediante la Escala de Depresión Postnatal Edinburgh, misma que se aplicó a 10 pacientes postnatales antes de 4 semanas desde su parto. Los datos muestran que el 90% de la población estudiada presenta depresión post-parto. Sin embargo, cuando se compararon los resultados de las pacientes agrupadas por el número de partos o la ganancia en peso corporal después del proceso de embarazo y alumbramiento, no se encontraron diferencias estadísticamente significativas.¹³

Pilar Aramburú, y col “Prevalencia y factores asociados a depresión posparto en mujeres atendidas en establecimientos de salud del primer nivel de atención en Lima Metropolitana”, junio 2004. Buscaron determinar la tasa de prevalencia de depresión posparto en madres de uno a seis meses de periodo posparto atendidas en establecimientos de salud del primer nivel del MINSA en Lima Metropolitana; determinar además los factores socio demográficos y gineco-obstétricos asociados a

¹² José Urdaneta M. MSc , Ana Rivera S. , José García I. PhD , Mery Guerra V.PhD , Nasser Baabel Z. PhD , Alfí Contreras B. “Factores de riesgo de depresión posparto en puérperas venezolanas valoradas por medio de la escala de Edimburgo” Programa de Obstetricia y Ginecología, Universidad del Zulia, Venezuela .Rev Chil Obstet Ginecol 2011; 76(2): 102-112

¹³ Vargas-Mendoza, J.E. y García-Jarquín, M. Depresión post-parto: presencia y manejo psicológico. Centro Regional de Investigación en Psicología, Volumen 3, Número 1, 2009 Pág. 11-18



ésta. Se seleccionaron mujeres en edad fértil, puérperas de Lima Metropolitana que acudían para control postnatal durante el mes de junio del 2004 a los puestos y centros de salud del MINSA. Se utilizó el inventario de predictores de Depresión Posparto (DPP) y la Escala de Depresión Posparto Post natal de Edinburgh (EPDS) como herramientas de tamizaje. Si el puntaje obtenido era mayor de diez se procedía a la entrevista clínica estructurada de DSM IV para desórdenes de depresión posparto con el objetivo de confirmar el diagnóstico. Como resultado se entrevistaron a 261 madres, con un promedio de edad de 27 años. La prevalencia de depresión posparto diagnosticada por medio del test de Edinburgh fue de 33% y con la entrevista semi-estructurada de DSM IV se confirmó una prevalencia de 24.1%. Se encontró además que el 60.9% presentaron factores estresantes, el 8.4% tenían baja autoestima, 23.8% no percibían apoyo social y 50% tuvieron blues posparto.¹⁴

Ana María Póo et al. Prevalencia y factores de riesgo asociados a la depresión posparto en puérperas de un Centro de Atención Primaria en el Sur de Chile. *Rev. méd. Chile* [online]. 2008, vol.136, n.1 pag. 44-52 buscaron determinar la prevalencia y los factores de riesgo asociados con PPD en puérperas en Temuco, Chile. Material y métodos: El Edinburgh Postnatal Depression Scale se administró a 73 mujeres puérperas de entre 15 y 32 años , entre 40 y 45 días después del parto . Para detectar los factores de riesgo, 20 mujeres con y 20 mujeres sin depresión posparto (PPD) fueron entrevistados y sus historias clínicas fueron revisadas para evaluar su atención perinatal . Resultados: La prevalencia de PPD en toda la muestra fue de 50,7 %. Los factores de riesgo psicológicos individuales detectadas fueron una 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

¹⁴ Pilar Aramburú, Rosalyn Arellano, Sandra Jáuregui, Lizbeth Pari, Pablo Salazar, Prevalencia y factores asociados a depresión posparto en mujeres atendidas en establecimientos de salud del primer nivel de atención en Lima Metropolitana, junio 2004.



con el cuidado infantil. Factores de riesgo familiares eran una mala relación con el padre del niño durante el embarazo, antecedentes de problemas de salud mental en los miembros cercanos de la familia, una historia de violencia familiar y una mala relación con los padres durante puerperio . Tener más hijos era un factor de riesgo sociodemográficos. Conclusiones: La depresión posparto es común. La caracterización de los factores de riesgo debe conducir a la aplicación de estrategias preventivas¹⁵

Carla Castañón S, Javier Pinto L, “Mejorando la pesquisa de depresión posparto a través de un instrumento de tamizaje, la escala de depresión posparto de Edimburgo” Rev Méd Chile 2008; 136: 851-858. Buscaron evaluar la eficacia de la EPDS en la detección de los síntomas depresivos en el puerperio . Para evaluar la viabilidad de su uso rutinario de esta escala de cribado en un Centro de Medicina Familiar. Material y métodos: El registro medico de las mujeres atendidas durante el 2002, fueron revisados para detectar el registro de depresivo síntomas o solicitud de consultas psiquiátricas para la depresión . Durante 2003, la EPDS fue aplicado a una muestra de 110 mujeres. Para confirmar el diagnóstico de la depresión posparto mediante el instrumento, una entrevista psiquiátrica estructurada se aplicó a estas mujeres. Resultados: La historias clínicas de 110 mujeres con edades comprendidas 24 ± 7 años fueron revisados y el instrumento se aplicó a 110 mujeres de entre 26 ± 7 años. En el primer grupo, la tasa de detección espontánea para depresivo síntomas fue de 4,6 % (5 /110) . En el 26,4% de mujeres en las que se aplicó el instrumento, Se encontró que los síntomas depresivos y el 15 % tienen una depresión posparto. La

¹⁵ Ana María Póo, Claudio Espejo S, Claudia Godoy P, Micaela Gualda de la C, Tamara Hernández O, Claudia Pérez H. Prevalencia y factores de riesgo asociados a la depresión posparto en puérperas de un Centro de Atención Primaria en el Sur de Chile. *Rev. méd. Chile* [online]. 2008, vol.136, n.1 pag. 44-52



tasa de aplicación de la escala fue de 88 % y la tasa de aceptación por las madres fue 100 %¹⁶

Juan Escobar y col. Depresión posparto: ¿se encuentra asociada a la violencia basada en género? Lima, Perú. An Fac med. 2009;70(2):115-8. Buscaron determinar la asociación entre depresión posparto y la violencia basada en género. Diseño: Exploratorio, de corte transversal. Lugar: Hospital Nacional Docente Madre Niño San Bartolomé, Lima, Perú. Participantes: Mujeres puérperas. Intervenciones: Se aplicó una ficha de datos sociodemográficos y del parto, la escala de Edimburgo, el inventario revisado de factores predictores de depresión posparto y el instrumento de detección de violencia basada en género a 100 mujeres, de 1 a 12 meses de tiempo puerperal. Principales medidas de resultados: Asociación entre depresión posparto y violencia basada en género. Resultados: La tasa de depresión posparto fue 17%, encontrando diferencias estadísticas al compararla con autoestima, depresión previa al embarazo, ansiedad durante la gestación, satisfacción marital y eventos estresantes durante la gestación. El 51% fue víctima de violencia basada en género, siendo la más frecuente la forma psicológica. Se halló diferencias estadísticas entre depresión posparto y violencia basada en género ($p=0,001$), así como, diferencias estadísticas entre depresión posparto y violencia durante la gestación, encontrando un OR de 5,5 (IC: < 5,5; 16,7>).¹⁷

¹⁶ Carla Castañón S, Javier Pinto L, “Mejorando la pesquisa de depresión posparto a través de un instrumento de tamizaje, la escala de depresión posparto de Edimburgo” Rev Méd Chile 2008; 136: 851-858

¹⁷ Juan Escobar, Percy Pacora, Nilton Custodio, Walter Villar Depresión posparto: ¿se encuentra asociada a la violencia basada en género? Lima, Perú. An Fac med. 2009;70(2):115-8



Latorre-Latorre, y col “La depresión postparto en madres adolescentes de Bucaramanga, Colombia” Revista Colombiana De Obstetricia Y Ginecología, vol.57, no.3, año 2006, pág.147-155. Buscaron establecer la incidencia de depresión posparto en adolescentes de Bucaramanga y compararla con la presentada en mujeres mayores. Se realizó estudio de cohorte (mayo/2003 – abril/2004) con 286 mujeres puérperas provenientes de once centros asistenciales de Bucaramanga y seguidas seis semanas. Se recogió información sobre aspectos sociodemográficos, variables obstétricas, antecedentes psiquiátricos, datos del recién nacido y lactancia. El diagnóstico de depresión posparto fue establecido por un psiquiatra de acuerdo con criterios de DSM IV. Se midieron tasas de incidencia por grupos de edad, se calcularon razones de tasas y se ajustó el riesgo de padecerla por regresión de Cox. Resultados: la tasa de incidencia de depresión posparto en adolescentes fue de 0,6 casos/1.000 días – persona (IC 95% 0,07–2,2); en mujeres de 21 a 34 años fue de 1,0 caso/1.000 días – persona (IC 95% 0,3–2,0); y de 1,9 casos/1.000 días – persona (IC95% 0,3–5,4) en mujeres mayores. Cuando se hizo ajuste, el *hazard ratio* fue de 3,0 (IC95% 0,3–29,9) para las mujeres de 21 a 34 años y de 7,4 (IC 95% 0,6–95,6) para las madres mayores de 34 comparándolas con adolescentes. Concluyendo en que la depresión posparto constituye un problema de salud frecuente en Bucaramanga. Las madres adolescentes no presentan un riesgo mayor que el de otras mujeres.¹⁸

Javier Eduardo Tejada Arce “Factores psicosociales asociados y detección de depresión postparto usando la escala de Edimburgo en madres adolescentes con parto atendido en el Hospital Hipólito Unánue - Tacna 2009”. Busco determinar los factores psicosociales y la incidencia de depresión postparto (DPP) utilizando la escala de depresión postparto de Edimburgo (EPDS) en madres adolescentes

¹⁸ Latorre-Latorre, José Fidel, Contreras-Pezzotti, Leddy Marina, García-Rueda, Susana Et Al. “La depresión postparto en madres adolescentes de Bucaramanga, Colombia” Revista Colombiana De Obstetricia Y Ginecología, vol.57, no.3, año 2006, pág.147-155.



atendidas en el hospital Hipólito Unanue - Tacna. Método: estudio analítico tipo cohorte, observacional, longitudinal prospectivo de madres adolescentes atendidas en el hospital Hipólito Unanue - Tacna en el año 2009. Resultados: la incidencia de madres adolescentes fue 14,17%. La incidencia de DPP usando la EPDS en madres adolescentes fue 51,1%. La incidencia de ideas de auto-daño fue de 22,2% en aquellas con DPP y 4,7% en las que no presentaron depresión (*rr: 1.8; p<0,05*). Los factores psicosociales que tuvieron asociación a DPP fueron estado civil, grado de instrucción y el entorno de convivencia familiar de la madre (*p<0.05*). La edad de la pareja, paridad, antecedentes de aborto, nivel socioeconómico, apoyo de la familia, relación con la pareja y embarazo no planificado, no demostraron ser factores de riesgo. En la evolución de la depresión postparto, 54,2% la presentaron al puerperio inmediato y 46,2% mantuvo depresión al mes de postparto (*rr: 1.7; p<0,05*). En la evolución de ideas de auto-daño, 16,7% la presentaron al puerperio inmediato y el 50% mantuvo la idea al mes de postparto (*rr: 7.0; p<0,05*). Conclusiones: la depresión postparto en madres adolescentes alcanzó niveles elevados y en ninguna fue considerado como diagnóstico en la historia clínica. Se debe explorar este diagnóstico en todas las puérperas adolescentes. Los factores asociados fueron el estado civil, grado de instrucción y entorno de convivencia familiar de la madre adolescente.¹⁹

¹⁹ Javier Eduardo Tejada Arce “Factores psicosociales asociados y detección de depresión postparto usando la escala de Edimburgo en madres adolescentes con parto atendido en el Hospital Hipólito Unánue - Tacna 2009”



2.2.MARCO TEÓRICO

2.2.1. Post Parto:

El período post-parto es la etapa de transición en que la madre y su hijo/a pasan de esta estrecha relación que hay durante el embarazo hacia un período de mayor autonomía para ambos. En este período ocurren cambios importantes en la fisiología de la madre, hasta que retorna a una condición semejante a la que tenía antes del embarazo. Este período es esencial para el desarrollo de hijas e hijos, para la recuperación de la madre, para el aprendizaje de las funciones parentales y para que se establezca el vínculo afectivo entre los recién nacidos y sus padres.²⁰

Este período es esencial para el desarrollo de hijas e hijos, para la recuperación de la madre, para el aprendizaje de las funciones parentales y para que se establezca el vínculo afectivo entre los recién nacidos y sus padres.

Duración del periodo post-parto

No hay consenso entre los y las profesionales de salud en cuanto a la duración del post-parto y lo que implica este período para la madre y el niño/a. Se define de diferentes maneras, basadas en razones biológicas o administrativas según los servicios que se prestan en esta etapa. Para algunos, hablar de post-parto se refiere sólo a los primeros días, mientras la mujer está aún bajo la influencia del parto mismo. Algunos lo restringen al tiempo en que la madre está aún hospitalizada (puerperio

²⁰ Dra. Soledad Díaz “EL PERIODO POSTPARTO” Instituto Chileno de Medicina Reproductiva



inmediato) o a la primera semana (puerperio temprano). Otros extienden el concepto de post-parto a las

primeras cuatro o seis semanas (puerperio tardío) que es el tiempo necesario para que se produzca la involución completa de los órganos genitales y el retorno a una condición anatómica similar a la etapa previa al embarazo.

Tampoco está claro para las mujeres cuanto dura esta etapa de su vida reproductiva. Muchas piensan que se trata de los días que necesitan para volver a desarrollar sus actividades habituales. Otras lo limitan al período en que mantienen abstinencia sexual o hasta cuando se sienten nuevamente normales. Por la influencia de los servicios de salud, algunas creen que termina cuando les dicen en el control de puerperio que todo está normal.

Nos parece necesario presentar una definición más amplia de la duración del post-parto, que incluya los aspectos biológicos y psicosociales que caracterizan este período. Si bien la madre experimenta la recuperación de su aparato genital en las primeras semanas, no pasa lo mismo con los aspectos fisiológicos, endocrinos y nutricionales.

Mientras una mujer está amamantando, permanece en un estado endocrinológico muy diferente al del embarazo y que difiere también de su condición previa al embarazo. Al mismo tiempo, se mantiene una demanda nutricional semejante a la del embarazo debido a la secreción de leche. Además, su forma de vida experimenta cambios profundos en relación a las demandas de afecto y cuidado del niño/a. Por eso, nos parece que:



Debe considerarse como post-parto todo el período que la madre necesita para recuperar la condición endocrina y nutricional que tenía antes de embarazarse y toda la etapa de transición en que el niño o niña es tan dependiente de la madre. Este período es variable y puede durar algunos meses y aún más de un año si la lactancia es prolongada. Por ejemplo, hay una pérdida de calcio en los huesos o pérdida de masa ósea durante el embarazo y la lactancia. Esta pérdida se recupera entre seis y doce meses después del destete, siempre que la madre reciba calcio suficiente en la dieta.

Durante toda esta etapa la madre requiere cuidados especiales, nutrición adecuada a los requerimientos y apoyo del personal de salud. Por otra parte, sabemos que el niño/a es más vulnerable a las carencias nutricionales o afectivas en los dos primeros años de vida, especialmente en los primeros meses, por lo que también requiere atención especial.

CAMBIOS FISIOLÓGICOS

La madre y su recién nacido/a siguen estrechamente ligados entre sí durante el período post-parto. La glándula mamaria reemplaza muchas de las funciones de la placenta, tanto nutricionales como inmunológicas y endocrinas por lo que la lactancia es muy importante para la salud y el desarrollo del recién nacido.



La primera etapa

Los cambios que experimenta la madre en la primera etapa post-parto permiten que se establezca la lactancia y facilitan su recuperación fisiológica:

- Durante los primeros días después del parto desaparecen de la circulación materna las hormonas que se producían en la placenta durante el embarazo y que mantenían inhibida la secreción de leche.
- Se producen grandes cantidades de prolactina (la hormona encargada de estimular la producción de leche) y de ocitocina (la hormona responsable de hacer salir la leche durante la succión y de estimular las contracciones que facilitan la involución uterina)
- El ovario está deprimido, ya que la hipófisis (glándula que regula el trabajo del ovario) no produce suficientes hormonas para estimularlo. Esta inhibición del ovario dura algunas semanas en las mujeres que no amamantan, quienes presentan la primera ovulación entre cuatro y ocho semanas después del parto. En cambio, en la mujer que amamanta, el ovario se mantiene inhibido por un período más prolongado que puede durar semanas o meses.
- Durante las primeras semanas post-parto, se producen también cambios en la anatomía del aparato genital y en la fisiología de la mujer que va recuperando paulatinamente la condición que tenía antes del embarazo.



Las etapas siguientes

Mientras dura la lactancia, el estímulo de la succión mantiene la fisiología de la madre en sintonía con las necesidades del niño/a, mantiene la producción de leche e inhibe la función ovárica y la recuperación de la fertilidad por un tiempo variable. La interacción entre la madre y su hijo/a cambia paulatinamente con el tiempo, a medida que disminuye la frecuencia de succión y el/la lactante comienza a recibir otros alimentos:

- Se inician nuevamente los ciclos menstruales, con la consiguiente recuperación de la fertilidad. La duración del período de amenorrea e infertilidad es variable.
- La madre se recupera paulatinamente del desgaste nutricional del embarazo y la lactancia. Es importante que el intervalo entre los embarazos sea suficientemente prolongado para permitir esta recuperación. Esto es aún más importante en las mujeres que no tienen un buen estado nutricional y que no tienen una dieta bien balanceada.
- Los niños aprenden a desplazarse, a hablar, a caminar y a relacionarse de modo diferente con el medio que los rodea. La madurez progresiva de sus funciones fisiológicas y neurológicas los hace cada vez más independientes. Tienen nuevas maneras de expresar sus demandas y otras personas pueden responder a ellas más fácilmente que en la primera etapa.



ASPECTOS PSICOLÓGICOS Y SOCIALES

Desde la perspectiva psicosocial, el post-parto es una experiencia difícil para las mujeres por las demandas del recién nacido, el deseo de cumplir con las funciones maternas de la mejor manera posible (lo que compete con otras funciones de la mujer dentro o fuera de la casa) y por la inseguridad que las mujeres tienen con frecuencia acerca de la manera en que deben cumplir estas funciones maternas.

Un período de cambios

La mujer vive un período difícil ya que experimenta cambios anatómicos, fisiológicos, en la relación con pareja y con la familia y, en general, en la forma en que se desarrolla la vida diaria. La vida de una mujer y de una pareja jamás vuelve a ser la misma después de haber tenido un hijo/a y al hacerse cargo de las responsabilidades que eso significa.

En general, se producen cambios importantes en el plano emocional y cambios en los intereses y prioridades a corto y largo plazo. Esto es muy notable en las primeras semanas en que la madre tiende a tener su atención centrada en su hijo o hija y difícilmente cambia su foco de atención a otros temas. En algunos casos, las mujeres experimentan diversos grados de alteraciones psíquicas que pueden llegar a constituir un cuadro serio, como es la depresión post-parto que requiere detección oportuna y manejo adecuado.

Las expectativas

La cultura y la construcción social de lo que son los roles maternos influyen en las expectativas que tiene la mujer y quienes la rodean con respecto a su desempeño. En general, las mujeres tienen muchas expectativas con respecto a lo que significa ser una buena madre: abnegada, tierna, sacrificada, dando lo mejor de sí para sus hijos. La transición a ser madre, que ocurre en el período post-parto, es de importancia vital para ella, para su autoestima, su satisfacción personal y la construcción de una identidad positiva de sí misma.

Para muchas mujeres esto es una fuente de tensión, porque tienen temor a fallar y no saber cómo cuidar bien al recién nacido/a, cómo amamantarlo, cómo interpretar el llanto, cómo cuidarlo si se enferma.

Algunas mujeres tienen también temor a no tener leche suficiente, ya que no saben cómo se estimula la secreción láctea ni los cambios que experimenta a lo largo del período post-parto.

Debido al proceso de socialización, nuestros instintos han sido sometidos a entrenamiento y control, de modo que no tenemos todas las reacciones espontáneas que tienen la mayoría de los mamíferos frente a sus crías. La respuesta a las demandas de los recién nacidos están muchas veces modificadas por las preguntas ¿Qué debo hacer? ¿Hay que dejarlo llorar? ¿La estaré malcriando?

Como lo expresaron algunas madres entrevistadas después de su primer parto:

"Yo me imaginaba que era más fácil, no creía que un niño dependía tanto de una y requería tanta atención. Al principio es más difícil, una no sabe cómo tomarlo, cómo bañarlo" "Yo pensaba que era lindo ser mamá, que

todo era puro amor por el niño y todo era color de rosa. La realidad es más fuerte, porque hay que crecer mucho para ser buena mamá y también hay muchas cosas que hacer".

Las mujeres entrevistadas después del parto expresaron claramente su necesidad de recibir información y orientación sobre la lactancia y cómo cuidar bien al recién nacido, de tener comprensión y apoyo de parte del personal de salud con sus dudas y equivocaciones, y de sentirse acompañadas y apoyadas por sus parejas y familiares cercanos.

El rol de la lactancia

Es importante considerar el significado que puede tener una buena lactancia en este contexto. Esta se asocia a sentimientos de logro y satisfacción personal, aumento de la autoestima y aprobación social por el desempeño de la madre. Estos sentimientos son especialmente importantes para las mujeres de los sectores populares, quienes tienen pocas alternativas para sentirse realizadas y para obtener afecto o reconocimiento de sus parejas, sus familiares o el ambiente laboral.

Como lo expresaron mujeres entrevistadas durante un programa de fomento de la lactancia:

"Yo creía que no valía nada, que no sabía nada. Al aprender que era tan importante para el niño, empecé a valorarme yo también" "Ahora sé algo que no sabía, que puedo aprender y hacer algo bien" "Lo que he aprendido del niño, se lo digo a mi esposo y ahora él está orgulloso de mí" "Lo que más me gusta es darle pecho a mi niña, me pasa algo tan rico." "Nunca pensé que sería tan bueno, el niño está bien y lo quiero tanto" "Me siento completa, siento al niño tan cerca, estoy tan contenta".



Los conflictos

En la vida diaria, el deseo de ser buenas madres para el recién nacido/a puede entrar en conflicto con sus otras funciones como cuidar otros hijos si los hay, atender a las demandas de la pareja y realizar los trabajos domésticos. También puede entrar en conflicto con otras metas o necesidades como el trabajo fuera de la casa, actividades de desarrollo personal o de auto-cuidado, necesidad de descanso o demandas del grupo social. Además, está siempre presente el cansancio físico debido al gasto de energía que significa la lactancia y a la falta de sueño suficiente por las demandas del lactante durante la noche.

Las mujeres no tienen que sentirse culpables por sus conflictos de intereses en el período post-parto sino apoyadas por la familia en la búsqueda de soluciones. Lo ideal es que los conflictos se solucionen sin que se deteriore el cuidado de los recién nacidos y sin que la madre tenga que esforzarse más de lo que puede.

Los padres y otros adultos en la familia pueden ayudar en la atención de otros niños y para permitir que la madre pueda descansar en algunos momentos durante el día. Habitualmente, las madres, suegras o hermanas realizan esta función en nuestra cultura.

La relación con la pareja

La relación con la pareja puede cambiar, especialmente después del primer parto. En ocasiones aparecen celos por parte del padre, quien reclama a la mujer porque el niño/a ocupa todo su tiempo y lo hace



sentirse desplazado a un segundo lugar. Las mujeres, en general, consideran inevitable su preocupación centrada en el hijo/a y esta doble exigencia afectiva puede ser fuente de tensión en la relación de pareja.

La participación del padre

Es distinta la relación de pareja cuando el padre se siente involucrado en la atención del niño/a y participa en los cuidados y manifestaciones de afecto y alegría. Esto constituye un estímulo para la mujer y hace más fáciles los cambios que se producen en la relación.

Las mujeres valoran mucho la ayuda y apoyo que reciben de sus parejas en esta etapa. No se trata sólo de ayuda en las tareas concretas ni de que esto beneficie solamente a la madre. Uno de los roles importantes del padre, en la crianza de sus hijos en las primeras etapas del post-parto, es la contención afectiva de la madre. Mientras más tranquila y contenta se sienta la mujer, mejor y más fácil será su interacción con su hijo/a. Así, el padre contribuye al bienestar y crecimiento de los recién nacidos, facilitando un ambiente emocional adecuado.

Por otra parte, el padre tiene un papel esencial en el desarrollo psicomotor y social de sus hijos ya que él aporta estímulos sensoriales, cognitivos y afectivos que son complementarios o diferentes a los que entrega la madre. Esta variedad de estímulos enriquece el mundo interior de los niños y les ayuda a apreciar la diversidad del mundo que les rodea. Además, ambos padres perciben a sus hijos en forma diferente. Así, el niño o niña desarrolla una imagen más completa de sí, viendo reflejadas diferentes facetas de su personalidad.



Por otra parte, el padre y la madre representan una diferente identidad sexual y tienen diferentes perspectivas de acuerdo a su género masculino o femenino. Esto es un elemento esencial en la socialización de las niñas y los niños y en el desarrollo de su identidad como personas sexuadas. Idealmente, las diferentes perspectivas de ambos padres deben expresarse en un ambiente de colaboración, donde los conflictos se resuelvan en forma constructiva.

Uno de los grandes problemas en nuestra cultura es cuando el padre no participa en el cuidado y educación de sus hijos. En parte, los hombres consideran que su rol esencial es ser proveedores en lo económico y que no les corresponden a ellos las tareas relacionadas con los hijos o el hogar. En parte, las mujeres los excluyen porque sienten que el hogar es su territorio y argumentan que los hombres no saben hacerlo bien. Esta división rígida de las tareas puede crear frustraciones tanto en las mujeres como los hombres. Sin embargo, para la vida de pareja y el desarrollo de los hijos, es importante que ambos padres compartan los roles y tareas e, incluso, los intercambien con flexibilidad. Esto puede ser también un beneficio importante para el desarrollo personal de los hombres, no sólo por la satisfacción de ser mejores padres, sino porque su mundo afectivo se enriquece.

La vida sexual

Otra fuente de tensión para las mujeres en las primeras semanas del postparto puede ser el momento para reiniciar la actividad sexual. Pueden sentirse físicamente doloridas o cansadas. Tienen, en general, mucho temor a otro embarazo. En muchos casos experimentan escaso o ningún deseo sexual y, a veces, una disfunción sexual. Esto se debe a varios



factores: a los cambios en los niveles hormonales, a los cambios emocionales, a la atención centrada en el hijo/a, a la falta de sueño y al cansancio. Puede haber dolor durante las relaciones sexuales, producido por la falta de lubricación de las paredes vaginales o como consecuencia de la cicatrización de la episiotomía.

Este desinterés por la vida sexual puede prolongarse por un tiempo variable. En cambio, los hombres generalmente desean reanudar las relaciones sexuales lo antes posible, lo que provoca conflictos en la relación de pareja.

Después del parto, se requiere un período variable de abstinencia. En algunas parejas, este puede estar precedido de abstinencia en las últimas semanas del embarazo, ya sea por temor de la pareja a provocar daño al feto o por indicación médica en caso de ciertas patologías. Esta abstinencia, si es prolongada, también puede causar tensión en la pareja.

El cambio en los roles de la madre, el cansancio producido por la demanda de atención del nuevo hijo y la tensión generada por el conflicto de roles determinan cambios en la receptividad de la mujer y en la conducta sexual. Por otra parte, el hombre puede sentirse postergado y rechazado al ver a la mujer centrada en el cuidado del recién nacido/a y menos dispuesta para la actividad sexual.

En la conducta sexual de este período también influye el temor a tener complicaciones médicas si se reinician las relaciones sexuales y el temor a un nuevo embarazo cuando aún no se ha iniciado un método anticonceptivo.

La madre sola



Hay que recordar que muchas mujeres están sin pareja en el momento del parto. Ellas viven una situación muy difícil, especialmente si son muy jóvenes y no cuentan con suficiente apoyo de su grupo familiar.

Tanto la comunidad como las y los proveedores de servicio pueden ayudarles en esta etapa, ofreciendo comprensión y apoyo emocional y motivándolas a compartir su experiencia con otras mujeres en situación similar y creando o facilitando redes de apoyo a su alrededor.

El grupo familiar

En esta etapa, cambian las relaciones en el grupo familiar. Si hay otros hijos, suelen reaccionar con celos y agresión, conductas regresivas o comportamientos sorprendentemente adultos. Ambos padres deben estar atentos a estas manifestaciones y responder a las demandas de cariño que así se expresan.

Otros adultos de la familia pueden ser de gran ayuda, haciéndose cargo de algunas funciones que entran en conflicto con la atención de los niños, como las tareas domésticas, o encargándose de entregarles afecto y entretención mientras la madre tiene que destinar mucho tiempo al lactante.

LA PERSPECTIVA DE LOS RECIÉN NACIDOS

Durante el embarazo, el feto está totalmente ligado a la madre, encerrado en un medio en que todas las variables físicas están controladas y en el que es alimentado sin esfuerzo de su parte a través de la placenta. La situación de los recién nacidos es diferente:



- No podemos saber cómo se siente un recién nacido/a pero podemos suponer que pasar a través del canal del parto es una experiencia traumática. Llega a un ambiente donde bruscamente conoce el aire, la luz, el hambre, el frío y mil cosas más.
- Después del parto, la criatura sigue dependiendo de su madre para su alimentación, abrigo, contacto, estímulo y comodidad, pero ya no está directamente conectada a ella. En los primeros meses tiene pocas maneras de llamar su atención y sólo tiene el recurso de llorar, hasta que aprende a desplazarse para buscar a su madre o a usar palabras y sonrisas para atraerla.
- Nacemos muy inmaduros y lo que se requiere para el desarrollo ya no se obtiene en forma automática.

Todos nuestros órganos completan su desarrollo en el período post-natal. El cerebro humano experimenta el mayor crecimiento en las primeras semanas después del parto y el desarrollo neurológico se va completando lentamente. El aparato digestivo y el hígado son tan inmaduros que no pueden recibir otra cosa que leche con las características de la leche materna. Riñones, glándulas endocrinas y sistema inmunológico requieren sustancias nutritivas específicas que se encuentran en la leche materna.

Por esto, las necesidades de los recién nacidos son muchas. La madre puede satisfacer sus necesidades sensoriales y afectivas dándole calor y contacto físico, hablándole o cantándole, bañándole, etc.

Estos estímulos le sirven de referentes en el mundo físico. Por ejemplo, el feto escucha constantemente el latido cardíaco de la madre durante el embarazo; si ella lo mantiene cerca de su pecho después del parto, el



seguir escuchando este latido le da al niño una sensación de continuidad en medio de los cambios. La madre también puede satisfacer todas sus necesidades nutricionales a través de la lactancia, ya que la leche tiene el mismo significado biológico que la sangre que le llegaba a través de la placenta. Además, la composición de la leche materna va cambiando a lo largo del tiempo para adaptarse a las necesidades del lactante en cada etapa de su desarrollo. Por estas razones, la lactancia es un componente esencial del post-parto. Sin embargo, hay mujeres que deciden no amamantar por diversas razones o que no pueden hacerlo por razones médicas o que deben interrumpir la lactancia por razones laborales y es importante respetar su decisión y su situación de vida.²¹

2.2.2. Depresión Post Parto:

La depresión posparto (DPP) corresponde a una enfermedad depresiva que ocurre en mujeres en un período específico, el puerperio⁹; su cuadro clínico es similar al de los episodios depresivos observados en otras etapas de la vida, sin embargo, posee características peculiares que justifican su consideración como entidad específica⁷. El trastorno depresivo es una enfermedad que afecta al cerebro, el ánimo y la manera de pensar, el cual es considerado como un desorden del talante, el cual constituye la forma más común de sufrimiento mental, millones de personas en todo el mundo, sin importar sus razas, nacionalidades o

²¹ Díaz, S. (2006). El periodo postparto. Documentos UNICEF. Recuperado de <http://www.unicef.cl/lactancia/docs/mod04/POST-PARTO.pdf>



culturas sufren esta enfermedad⁷ La depresión posparto es entendida como la presencia de todo trastorno depresivo, sin síntomas psicóticos, que se manifiesta durante el primer año posparto⁷ El cuadro clínico de la depresión posparto es similar al de los episodios depresivos observados en otras etapas de la vida, sin embargo, la depresión posparto posee características peculiares que justifican su consideración como entidad específica⁷ La presencia de trastorno depresivo mayor, con frecuencia abreviado o llamado simplemente como depresión, durante el embarazo, incrementa en forma importante la morbilidad y mortalidad tanto para la madre como para el producto del embarazo⁷; asociándose a conductas poco saludables como el omitir la atención prenatal o el uso de sustancias nocivas (tabaco, alcohol, sustancias ilegales) y constituyendo un factor de riesgo para intentos de suicidios y suicidio consumados⁷. Si bien los trastornos afectivos constituyen el segundo desorden más común dentro de las enfermedades mentales en todo el mundo, estimando la Organización Mundial de la Salud (OMS) que para la tercera década de este milenio sean la segunda causa general de discapacidad.

El puerperio constituye entonces, una época en la cual estos trastornos son comunes, pero algunos, como la depresión posparto son poco reconocidos⁷. Distintos estudios describen que más del 40% de las mujeres presentan una alteración psicológica -ansiosa durante el periodo del puerperio-, observándose que la patología psiquiátrica propiamente tal mantiene una tasa mundial entre 8 y 30%, y que es mayor en países en vías de desarrollo²².

²² CAMILA BÓRQUEZ MARTÍNEZ, MARÍA JOSÉ DUHAU URIBE, ARLET SÁNCHEZ CÁRDENAS “Influencia de la depresión post parto en las consultas por morbilidad en el niño menor de un año en el CESFAM externo Valdivia” Universidad Austral de Chile Facultad de Medicina Escuela de Enfermería, 2013.



Un estudio realizado el año 2010 en Santiago de Chile, mostró que 31% de las mujeres con DPP presentó algún episodio de depresión en ocasiones anteriores, de las cuales 64,2% refirió tener algún familiar de primer o segundo grado con esta patología. De esto se podría inferir que se trataría de una patología de características crónicas y además con un componente hereditario ¹⁷

2.2.3. Tristeza Postparto o “postpartum Blues” (TP)

Este cuadro consiste en un estado transitorio de reactividad emocional y ocurre en aproximadamente un 50% de las mujeres que han tenido un parto recientemente. Las mujeres con TP lloran con más facilidad que lo usual, están más irritables, y tienen una labilidad emocional mayor que lo habitual para cada una. El pico de “tristeza” se observa usualmente cerca de los 3 a 5 días luego del parto, en general coincidiendo con el inicio de la lactancia, y dura de varios días a semanas. La propensión a desarrollar TP no parece relacionarse con su historia psiquiátrica, factores estresantes del medio, contexto cultural, alimentación o cantidad de hijos. Sin embargo estos factores pueden contribuir al desarrollo de una Depresión Mayor.

Existen dos hipótesis que lideran la explicación de la aparición de la TP. La primera es que los cambios en el ánimo están ligados a cambios bruscos de los niveles hormonales. Hay evidencia que muestra que los niveles absolutos de estrógenos y progesterona no desencadenan episodios de TP, pero los cambios bruscos entre los niveles durante el embarazo y los que se registran luego del parto, parecen estar asociados a una mayor probabilidad de desarrollar TP. Del mismo modo, un metabolito de la progesterona, la alopregmolona, con efecto ansiolítico



agonista GABA, es significativamente menor en mujeres con TP. Una segunda hipótesis sostiene que se inicia por la activación de un sistema relacionado con las conductas madre-hijo de los mamíferos, y que estaría regulado en forma primaria por la Oxitocina. Hay evidencia directa de este fenómeno en mamíferos no primates: madres roedoras a las que se les extrajeron las células productoras de oxitocina exhibieron conductas con menos rasgos maternos que aquellos roedores que no tuvieron cirugía. Evidencias indirectas sugieren que mecanismos similares, pero más versátiles, pueden existir en humanos y primates. Bajo condiciones de adecuada contención y bajo estrés, esos cambios neurofisiológicos promueven las conductas de acercamiento entre madre e hijo. Sin embargo, bajo condiciones de alto estrés y soporte inadecuado, esta reactividad emocional puede incrementar la vulnerabilidad a la depresión, al tornarse la mujer más susceptible al efecto de estos factores.²³

2.2.4. Escala de Depresión Post Parto de Edimburgo:

La presencia de síntomas mentales graves durante el embarazo y/o el postparto es importante por su morbilidad, consecuencias y posibles complicaciones, lo que ha llevado a que en los últimos años se haya intentado optimizar el diagnóstico y proveer tratamientos tempranos y eficientes para estos⁷. Al respecto, se han diseñado varias escalas para el tamizaje de esta patología, entre las cuales se encuentra la escala de depresión posparto de Edimburgo (Edinburgh Postnatal Depression Scale, EPDS); es importante tener presente que la EPDS es un método de pesquisa para la depresión posparto, siendo el DSM-IV el método más exacto para el diagnóstico de esta entidad clínica. Según este último, el

²³ Acuña, Mario. Evidencia Actualización en la Práctica Ambulatoria - Vol. 5 Número 6: Noviembre-Diciembre 2002.



especificador de inicio en el posparto debe ser realizado a los trastornos que se inicien durante las cuatro semanas posteriores al parto y puede realizarse a episodios depresivos mayor, maniaco o mixto actual (o más reciente) de un trastorno depresivo mayor, trastorno bipolar I o trastorno bipolar II, o a un trastorno psicótico breve⁷.

La EPDS fue creada por Cox et al. El año 1987, en centros de salud en Livingston y Edinburgh. Consiste de 10 cortas declaraciones. La madre escoge cuál de las cuatro posibles respuestas es la que más se asemeja a la manera en la que se sintió durante la semana anterior. La mayoría de las madres pueden contestar la escala sin dificultad en menos de 5 minutos. La escala indica la manera en que la madre se sintió durante la semana anterior y en casos dudosos, podría ser útil repetirla después de 2-4 semanas. La escala no detecta las madres con neurosis de ansiedad, fobias o trastornos de la personalidad.

Instrucciones de uso:

1. Se le pide a la madre que escoja la respuesta que más se asemeje a la manera en que se sintió en los 7 días anteriores.
2. Tienen que responder las diez preguntas.
3. Se debe tener cuidado y evitar la posibilidad de que la madre hable sobre sus respuestas con otras personas.
4. La madre debe responder la escala ella misma, a no ser que sus conocimientos del castellano sean limitados o que tenga problemas para leer.

Pautas para la evaluación:

A las categorías de las respuestas se les dan puntos de 0, 1, 2 y 3 según el aumento de la gravedad del síntoma. Los puntos para las preguntas 3, 5, 6, 7, 8, 9, 10 se anotan en orden inverso (por ejemplo, 3, 2, 1, 0)

Se suman todos los puntos para dar la puntuación total. Una puntuación de 10+ muestra la probabilidad de una depresión, pero no su gravedad. Cualquier número que se escoja que no sea el “0” para la pregunta número 10, significa que es necesario hacer evaluaciones adicionales inmediatamente. La puntuación de la EPDS está diseñada para asistir al juicio clínico, no para reemplazarlo. Se les harán evaluaciones adicionales a las mujeres antes de decidir el tipo de tratamiento. Los usuarios pueden reproducir esta escala sin necesidad de obtener permisos adicionales siempre y cuando respeten los derechos de autor y citen los nombres de los autores, el título y la fuente del artículo en todas las copias que reproduzcan.²⁴

2.2.5. Aborto:

Se define como aborto a la interrupción espontánea o provocada de una gestación antes de las 22 semanas, contando desde el primer día de la última menstruación normal²⁰, con un peso aproximado de 500 gramos o 25 cm (OMS).

Es la patología obstétrica más frecuente; la incidencia esta entre 11 y 20%. El aborto en condiciones de riesgo es un problema de salud mundial. La OMS estima que más de 20 millones se realizan cada año bajo Condiciones inseguras y que entre 10% y 50% de mujeres requieren

²⁴ J.L. Cox, J.M. Holden, R. Sagovsky. *Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS)*. British Journal of Psychiatry, Junio de 1987, Volúmen 150.

cuidado médico por complicaciones²⁵. Cerca del 13% de mortalidad materna en el mundo corresponde al aborto provocado, principalmente en países donde es ilegal, así: 20-25% de todas las muertes maternas en Asia, y 30-35% de las muertes en África y América Latina²⁶

Clasificación:

- Según el tiempo de gestación:
 - Aborto Temprano: Edad Gestacional menor de 9 semanas.
 - Aborto Tardío: Edad gestacional mayor a 9 semanas.
- Según la forma de presentación del aborto
 - Espontáneo.
 - Aborto en curso: Que se manifiesta con dolor pélvico que aumenta en intensidad y el sangrado genital es mayor
 - Aborto Retenido-Frustrado: Cuando el embrión o feto muere o se desprende y queda retenido en útero sin expulsión de restos ovulares. Si existe retención del embrión o feto después de su muerte durante un período de cuatro semanas, es el conocido como aborto frustrado.
 - Aborto Incompleto:
Se refiere a la expulsión parcial de restos embrionarios o trofoblásticos, con sangrado 14.
 - Aborto completo: Cuando hay expulsión total del embrión o feto y las membranas ovulares.
 - Inducido: La legislación Peruana no acepta este tipo de aborto y el código penal contempla sanciones a quienes lo practiquen.

²⁵ Ministerio de Salud . Instituto Nacional Materno Perinatal Guía de practica clínica y de procedimientos en obstetricia y perinatologia . Lima Perú; 2010 pag 11-20.

²⁶ Mundigo AI, Indriso C, editors. Abortion in the developing world. First Edition. New Delhi: WHO, Vista Publications, 1999.



- Aborto Terapéutico: Es la terminación de la gestación con el fin de salvaguardar la vida de la madre.²⁴

2.2.7. Patologías del embarazo:

- 1. Preeclampsia:** Trastorno de la gestación que se presenta después de las 22 semanas, caracterizado por la aparición de hipertensión arterial, asociada a proteinuria²⁷²⁸

Esta se puede subclasificar en:

- Preeclampsia leve: Es aquella que presenta una presión arterial sistólica < 160 mm Hg y diastólica < 110 mm Hg, con ausencia de daño de órgano blanco (criterios de severidad) 2. Proteinuria cualitativa desde trazas a 1 + (test de ácido sulfosalicílico).
- Preeclampsia severa: Es aquella Preeclampsia asociada a presión arterial sistólica c 160 mm Hg ó diastólica c 110 mm Hg, ó a evidencias de daño en órganos blanco2. Proteinuria cualitativa de 2 a 3 + (test de ácido sulfosalicílico). Compromiso de órganos que se manifiestan por oliguria, elevación de creatinina sérica, edema pulmonar, disfunción hepática, trastorno de coagulación, ascitis.²⁹

²⁷ National High Blood Pressure Education Program. Working group report on high blood pressure in pregnancy. National Institutes of Health Publication No. 00-3029. 1990. Revisión julio del 2000.

²⁸ ACOG practice bulletin. Diagnosis and management of preeclampsia and eclampsia. Number 33, January 2002. American College of Obstetricians and Gynecologists. International Journal of Gynaecology and Obstetrics. Abril 2002; vol. 77(1):67-75. Williams. Obstetricia. 20ª ed

²⁹ Ministerio de Salud . Instituto Nacional Materno Perinatal Guía de practica clínica y de procedimientos en obstetricia y perinatología . Lima Perú; 2010 pag 61-69



2. Hiperemesis Gravidica: Las náuseas y los vómitos son los síntomas más frecuentes que afecta al 70-85% de las gestantes y se dan con mayor frecuencia en las primeras 12 semanas de embarazo, y aunque un 20% de las mujeres experimentan náuseas y vómitos durante un periodo más largo, la remisión completa no va más allá de las 20 semanas.. La Hiperemesis Gravidica representa la forma severa de las náuseas y vómitos durante el primer trimestre del embarazo que afectan el estado general de la paciente. Son náuseas y vómitos persistentes e incoercibles, fuera de toda causa orgánica, que impide la correcta alimentación de la gestante. La Hiperemesis Gravidica está asociada a pérdida de peso (> 5% del peso pregestacional), deshidratación, cetonuria, y alteraciones en el equilibrio metabólico e hidroelectrolítico³⁰ La incidencia de la hiperemesis gravídica oscila entre el 0.1-2% de los embarazos³¹

2.2.8. Amenaza De Parto Pretermino:

Es la presencia de contracciones uterinas evidenciables al tacto (con frecuencia de una cada 10 minutos y 30 segundos de duración, en un lapso de 60 minutos) que puede cursar con borramiento del cérvix uterino menor del 50 % y/o dilatación menor a 3 cm.³²

2.2.9. Oligoamnios:

Es la disminución de líquido Amniótico para una determinada edad gestacional. Se considera a la disminución de LA por debajo de la normalidad empleando técnicas de dilución de colorantes o

³⁰ Cabero L, Cerqueira MJ. Hiperemesis Gravidica. Protocolos de Medicina Materno Fetal (Perinatología) 2nd ed. Madrid: Ergon SA, 2000; p. 159-60.

³¹ Ministerio de Salud . Instituto Nacional Materno Perinatal Guía de practica clínica y de procedimientos en obstetricia y perinatologia . Lima Perú; 2010 pag 85-91

³² Ministerio de Salud . Instituto Nacional Materno Perinatal Guía de practica clínica y de procedimientos en obstetricia y perinatologia . Lima Perú; 2010 pag 91

histerotomía, en 12 estudios se ha encontrado una media de LA, en la semana 30 de 817ml y se ha definido el oligohidramnios cuando el volumen de LA es inferior a 3181ml .Actualmente para definir el oligohidramnios la técnica más utilizada es la ecografía y se basa en la estimación del Índice de líquido amniótico o ILA que definen medidas por debajo de 500 ml para una gestación de 36-42 semanas tomados en tres oportunidades y luego expresar el promedio.³³

2.2.10. Infección del Tracto Urinario En el Embarazo:

Las infecciones del tracto de las vías urinarias como grupo constituyen la complicación medica más frecuente durante el embarazo con una incidencia de 5 a 10 %² . La infección del tracto urinario es mas frecuente en mujeres que en hombres, el motivo principal es probablemente anatómico, pues su uretra tiene solo 3 a 4 cm. de longitud y está en estrecha proximidad con la vagina, el ano y el recto, todas zonas colonizadas por flora intestinal (entrobacterias)³⁴. El riñón incrementa su longitud durante el embarazo en aproximadamente 1 cm. este cambio es atribuido al aumento del volumen intersticial. La vejiga por si misma también aparece congestionada y es desplazada en forma anterosuperior de su posición anatómica normal. Fisiológicamente los efectos hormonales de niveles elevados de progesterona durante la gestación puede contribuir a la dilatación de los uréteres que comúnmente se observa durante la gestación. Los altos niveles de progesterona podría ejercer un efecto relajante de la musculatura de

³³ Ministerio de Salud . Instituto Nacional Materno Perinatal Guía de practica clínica y de procedimientos en obstetricia y perinatologia . Lima Perú; 2010 pag 104

³⁴Gilstrap III LC, Ramin SM. Infecciones de las vias urinarias durante el embarazo. Clinicas de Ginecología y Obstetricia 2001;3:531-40.

la vejiga y uréteres, resultando en una disminución del peristaltismo y disminución del flujo urinario. La gestación continúa y pasado el primer trimestre la obstrucción mecánica del uréter por el crecimiento uterino contribuye a la hidronefrosis el cual es más marcado en el lado derecho. El efecto combinado resulta en éstasis y volúmenes ureterales mayores de 200 ml. y un ambiente apropiado para el crecimiento bacteriano³⁵. Además los cambios relacionados al embarazo en la filtración glomerular incrementa la concentración de glucosa urinaria y la alcalinidad facilitando el crecimiento bacteriano. También ocurren alteraciones en los mecanismos inmunológicos de defensa en la gestación

2.2.11. Incompatibilidad Cefalo Pelvica:

Se refiere a la desproporción entre el tamaño de la pelvis y el tamaño del feto que impide el pasaje del mismo sin riesgos por el canal pélvico. Las causas pueden ser múltiples tales como malformaciones congénitas fetales, desnutrición materna, macrosomía fetal, traumatismos o secuelas ortopédicas maternas y diabetes. La relación entre el tamaño de la cabeza del feto y la pelvis materna no permite el pasaje del feto a través del canal pélvico, de producirse es previsible la presentación de lesiones del feto y/o en la madre.³⁶

³⁵ Cohen WR. Urinary tract infections during pregnancy. En: Cherry and Merkatz's Complications of Pregnancy. Lippincott Williams & Wilkins 2000

³⁶ Ministerio de salud. Guía Técnica: Guías de Práctica Clínica para la atención de emergencias obstétricas según nivel de capacidad resolutiva. MINSA, enero 2007



CAPÍTULO III

VARIABLES Y DEFINICIONES OPERACIONALES

3.1. OPERACIONALIZACIÓN DE LAS VARIABLES:

Variable	indicadores	Categoría	Escala
Presencia de depresión post parto	Escala de Edimburgo	Depresión	Nominal
		Sin depresión	
Características maternas	Edad	< 18 años	Ordinal
		18 – 30 años	
		> 30 años	
	Numero de hijos	1 a 2	Nominal
		2 a 4	
		> De 4	
	Grado de instrucion	Sin instrucción	Nominal
		Primaria incompleta	
		Primaria completa	
		Secundaria incompleta	
Secundaria completa			
Superior incompleta			
Superior			



		completa	
Estado civil		Soltera	Cualitativa
		Casada	
Presencia de abortos previos		Si	Cualitativa
		No	
Vía de parto		Vaginal	Cualitativa
		Abdominal	
Embarazo deseado		Si	Cualitativa
		No	
Patología en el embarazo		No	Cualitativa
		Si	
Edad gestacional del RN		Pre término	Cualitativa
		Término	
		Post término	

CAPÍTULO IV

METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN

4.1. Diseño (clasificación).-

Investigación de tipo observacional de diseño descriptivo, prospectivo.

4.2. Ámbito de estudio.-

El 20 de noviembre de 1964 se inauguró el Hospital Centro De Salud De Abancay, con la ayuda de las enfermeras religiosas y Reverendas Madres de la “Divina Providencia”, quienes vinieron de Alemania. Siendo un Hospital Referencial, Docente de nivel III-1, con recursos humanos capacitados e identificados, que brindamos atención integral y especializada a la madre, niño, adolescente y a toda la población en general con problemas de salud. se encuentra ubicado en la ciudad de Abancay perteneciente a la región Apurímac y es el hospital referencial de cualquier punto de la región brinda atención integral y especializada en los servicios básicos de Medicina, Cirugía, Pediatría, Gineco-obstetricia, Emergencia, Consulta Ambulatoria y Hospitalización. Ya demás cuenta con más de 20 especialidades, siendo la de ginecología y obstetricia una de las que más demanda tiene puesto que en la región de Apurímac el índice de partos y embarazos es alto teniendo en cuenta que esta se presenta en mujeres cada vez más jóvenes y adolescentes que aún no cumplen la mayoría de edad además de tener en la región un porcentaje considerable de gestantes multigestas o grandes multigestas presentando así varios factores para la presencia de depresión es por esta razón que el proyecto busca visitar el Hospital Regional Guillermo Díaz De La Vega y recoger información de las



puérperas tardías a las cuales se aplicara un cuestionario a cada una de las gestantes que cumplan con los criterios de inclusión. La población, estará conformada por: primíparas y secundíparas y multíparas atendidas en el hospital regional Guillermo Díaz de la vega.

4.3. Población muestra.-

a) Población: Estuvo constituida por aquella mujer que haya dado a luz en el año 2013 y que haya sido atendida en el Hospital Regional Guillermo Díaz De La Vega que en total fue de 1594 puérperas entre partos vaginales y cesáreas

b) muestra: se obtuvo a través de la formula

$$n = \frac{N Z^2 (P) (1 - P)}{d^2 (N - 1) + Z^2 (P) (P-1)}$$

$$n = 130$$



4.3.1. Criterios de Inclusión:

- Puérperas de todas las edades atendidas en el Hospital Regional Guillermo Díaz De La Vega.

4.3.2. Criterios de Exclusión:

- Puérperas que hayan sido atendidas en el Hospital Regional Guillermo Díaz De La Vega y que no quieran formar parte del estudio
- Puérpera que no se pueda realizar el seguimiento adecuado para definir la presencia de la enfermedad en estudio.
- Puérperas que no hayan sido atendidas en el Hospital Regional Guillermo Díaz De La Vega.

4.4. Instrumentos de Recolección de datos.-

Se utilizó como instrumento de recolección de datos un test compuesta de dos partes, la primera parte en la cual se recolecta las características sociodemográficas y maternas de las puérperas encuestadas y una segunda parte en la cual se encontraba La Escala de Depresión de Post-Parto de Edinburg la cual presenta 10 preguntas fáciles de responder de acuerdo a la madre y que será modificada con respecto al orden de las alternativas desde la pregunta numero 3 hasta la 10, para que con esto sea más fácil la puntuación de cada una de estas sin alterar la esencia de la escala.



4.5.- Procedimiento de análisis de datos

Se presentó una carta al director general del hospital regional Guillermo Díaz de la vega solicitando autorización para la realización de dicho proyecto

Acudimos al hospital regional Guillermo Díaz de la Vega en donde se encuestó a las puérperas tardías con la escala de depresión post parto de Edimburgo.

La información obtenida por los instrumentos de recolección, se ingresó a una base de datos para su procesamiento, utilizando el programa Microsoft Office Excel 2010.

Para el análisis de los datos procesados se utilizará el programa estadístico IBM SPSS 22.0 para Windows, con el cual se realizaron las pruebas estadísticas correspondientes con valores proporcionales en tablas de contingencia, frecuencias, pruebas estadísticas de Chi cuadrado de Pearson en los casos que correspondieron considerando un valor $p < 0.05$.

Los resultados se presentaran en tablas estadísticas de dos o más entradas a fin de dar respuesta al problema y los objetivos planteados en la investigación.



CAPITULO V

RESULTADOS

TABLA 01

PORCENTAJE DE DEPRESION SEGÚN LA ESCALA DE EDIMBURGO EN EL TOTAL DE LA POBLACIÓN ENCUESTADA

		N	%
DEPRESION	SIN DEPRESIÓN	55	42.3%
	CON DEPRESIÓN	75	57.7%
	TOTAL	130	100.0%

Fuente: escala de Edimburgo y variables sociodemográficas

En la tabla 01 se observa la depresión post parto (DPP) en el total de la población encuestada, observamos que del total de madres encuestadas 57.7% presento depresión postparto y 42.3% no la presento.



TABLA 02

PORCENTAJE DE PUÉRPERAS CON DPP SEGÚN CARACTERISTICAS MATERNAS DE LAS MADRES ATENDIDAS EN EL HOSPITAL GUILLERMO DIAZ DE LA VEGA EN EL AÑO 2013

		N	%
EDAD	< 18	0	0%
	18 - 30	51	68%
	> 30	24	32%
	Total	75	100,0%
NUMERO DE HIJOS	1 A 2	43	57.3%
	3 A 4	25	33.3%
	> 4	7	9.3%
	Total	75	100,0%
GRADO DE INSTRUCCION	Sin Instrucción	1	1,3%
	Primaria Incompleta	0	0%
	Primaria Completa	2	2.6%
	Secundaria Incompleta	3	4%
	Secundaria Completa	41	54.6%
	Superior Incompleta	7	9.3%
	Superior Completa	21	28%
Total	75	100,0%	
ESTADO CIVIL	Casada	42	56%
	Soltera	14	18.6%
	Conviviente	19	25.3%
	Total	75	100,0%
ABORTOS PREVIOS	No	54	72%
	Si	21	28%
	Total	75	100,0%
VIA DE PARTO	Vaginal	51	68%
	Cesárea	24	32%
	Total	75	100,0%
EMBARAZO DESEADO	No	40	53.3%
	Si	35	46.6%
	Total	75	100,0%
PRESENCIA DE PATOLOGIA EN EL EMBARAZO	No	51	68%
	Si	24	32%
	Total	75	100,0%
EDAD GESTACIONAL	< 37	2	2.6%
	37 - 42	73	97,3%
	Total	75	100,0%

Fuente: escala de Edimburgo y variables sociodemográficas



La tabla 02 nos muestra las características sociodemográficas de las madres encuestadas, en porcentajes, a partir de la muestra representativa de todas aquellas cuyo parto se realizó en el hospital Guillermo Díaz de la vega en el año 2013

TABLA 02-A

DEPRESIÓN POST PARTO SEGÚN ESCALA DE EDIMBURGO DE ACUERDO A LA EDAD DE LA MADRE ATENDIDA EN EL HOSPITAL REGIONAL GUILLERMO DÍAZ DE LA VEGA – ABANCAY EN EL AÑO 2013

		DEPRESIÓN						P
		SIN DEPRESIÓN		CON DEPRESIÓN		TOTAL		
		N	%	N	%	N	%	
EDAD	< 18	14	100.0%	0	0.0%	14	100.0%	0.00
	18 - 30	32	38.6%	51	61.4%	83	100.0%	
	> 30	9	27.3%	24	72.7%	33	100.0%	
	TOTAL	55	42.3%	75	57.7%	130	100.0%	

Fuente: escala de Edimburgo y variables sociodemográficas

En la tabla 02-A se puede apreciar la depresión post parto (DPP) según el rango de edad de la madre, en donde, del total de madres atendidas mayores de 30 años el 72% presento depresión postparto seguido del grupo de madres con edades comprendidas en el rango de 18 a 30 años con el 61.4% que también presentó depresión postparto. Se hallaron diferencias significativas entre depresión y edad lo cual indica que a mayor edad mayor probabilidad de sufrir DPP.

TABLA 02-B

DEPRESIÓN POST PARTO SEGÚN ESCALA DE EDIMBURGO DE ACUERDO AL NUMERO DE HIJOS DE LA MADRE ATENDIDA EN EL HOSPITAL REGIONAL GUILLERMO DÍAZ DE LA VEGA – ABANCAY EN EL AÑO 2013

		DEPRESIÓN						P
		SIN DEPRESIÓN		CON DEPRESIÓN		TOTAL		
		N	%	N	%	N	%	
NUMERO DE HIJOS	SIN HIJOS	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	0,043
	1 A 2	43	50,0%	43	50,0%	86	100,0%	
	3 A 4	10	28,6%	25	71,4%	35	100,0%	
	MAS DE 4	2	22,2%	7	77,8%	9	100,0%	
	TOTAL	55	42,3%	75	57,7%	130	100,0%	

Fuente: escala de Edimburgo y variables sociodemográficas

En la tabla 02-B se observa la depresión postparto (DPP) según el número de hijos, de las madres atendidas en el hospital regional Guillermo Díaz de la vega, ya sean primíparas, segundiparas, multíparas o grandes multíparas, y se observó que del total de madres, aquellas que tienen más de 4 hijos, el 77.8% presento depresión postparto. Se halló diferencias significativas entre depresión y N° de hijos, lo que significa que a mayor número de hijos mayor probabilidad de sufrir DPP.

TABLA 02-C

DEPRESIÓN POST PARTO SEGÚN ESCALA DE EDIMBURGO DE ACUERDO AL GRADO DE INSTRUCCION DE LA MADRE ATENDIDA EN EL HOSPITAL REGIONAL GUILLERMO DÍAZ DE LA VEGA – ABANCAY EN EL AÑO 2013

		DEPRESIÓN						P
		SIN DEPRESIÓN		CON DEPRESIÓN		TOTAL		
		N	%	N	%	N	%	
GRADO DE INSTRUCCION	SIN INSTRUCCION	1	50,0%	1	50,0%	2	100,0%	0,001
	PRIMARIA INCOMPLETA	2	100,0%	0	0,0%	2	100,0%	
	PRIMARIA COMPLETA	8	80,0%	2	20,0%	10	100,0%	
	SECUNDARIA INCOMPLETA	11	78,6%	3	21,4%	14	100,0%	
	SECUNDARIA COMPLETA	22	34,9%	41	65,1%	63	100,0%	
	SUPERIOR INCOMPLETA	6	46,2%	7	53,8%	13	100,0%	
	SUPERIOR COMPLETA	5	19,2%	21	80,8%	26	100,0%	
	TOTAL	55	42,3%	75	57,7%	130	100,0%	

Fuente: escala de Edimburgo y variables sociodemográficas

En la tabla 02-C se observa la depresión postparto (DPP) según el grado de instrucción de la madre, observándose que del total de madres, aquellas con estudios superiores completos presentaron 80.8% de depresión post parto. Se halló diferencias significativas entre depresión y el grado de instrucción.

TABLA 02-D

DEPRESIÓN POST PARTO SEGÚN ESCALA DE EDIMBURGO DE ACUERDO AL ESTADO CIVIL DE LA MADRE ATENDIDA EN EL HOSPITAL REGIONAL GUILLERMO DÍAZ DE LA VEGA – ABANCAY EN EL AÑO 2013

		DEPRESIÓN						P
		SIN DEPRESIÓN		CON DEPRESIÓN		TOTAL		
		N	%	N	%	N	%	
ESTADO CIVIL	CASADA	16	27,6%	42	72,4%	58	100,0%	0,00
	SOLTERA	33	70,2%	14	29,8%	47	100,0%	
	CONVIVIENTE	6	24,0%	19	76,0%	25	100,0%	
	TOTAL	55	42,3%	75	57,7%	130	100,0%	

Fuente: escala de Edimburgo y variables sociodemográficas

En la tabla 02-D se observa la depresión postparto (DPP) en las madres atendidas en el hospital Guillermo Díaz de la vega según su estado civil, se observa que del total de madres aquellas que mantiene una relación de convivencia presentan 76.0% de depresión postparto. Se halló diferencias significativas entre depresión y el estado civil de la madre, lo cual nos indica que ante una relación de pareja mayor probabilidad de sufrir DPP.

TABLA 02-E

DEPRESIÓN POST PARTO SEGÚN ESCALA DE EDIMBURGO DE ACUERDO A LA PRESENCIA O NO DE ABORTOS PREVIOS EN LA MADRE ATENDIDA EN EL HOSPITAL REGIONAL GUILLERMO DÍAZ DE LA VEGA – ABANCAY EN EL AÑO 2013

		DEPRESIÓN						P
		SIN DEPRESIÓN		CON DEPRESIÓN		TOTAL		
		N	%	N	%	N	%	
ABORTOS PREVIOS	NO	48	47.1%	54	52.9%	102	100.0%	0.036
	SI	7	25.0%	21	75.0%	28	100.0%	
	TOTAL	55	42.3%	75	57.7%	130	100.0%	

Fuente: escala de Edimburgo y variables sociodemográficas

En la tabla 02-E se muestra la presencia de depresión post parto (DDP) en las madres que han presentado aborto(s) previo(s) o no, y se observó que del total de madres, aquellas que presentaron abortos previos tiene un 75.0% de depresión.

Se halló diferencias significativas entre depresión y el antecedente de aborto previo en la madre.

TABLA 02-F

DEPRESIÓN POST PARTO SEGÚN ESCALA DE EDIMBURGO DE ACUERDO AL TIPO DE PARTO QUE EXPERIMENTÓ LA MADRE ATENDIDA EN EL HOSPITAL REGIONAL GUILLERMO DÍAZ DE LA VEGA – ABANCAY EN EL AÑO 2013

		DEPRESIÓN						P
		SIN DEPRESIÓN		CON DEPRESIÓN		TOTAL		
		N	%	N	%	N	%	
VÍA DE PARTO	VAGINAL	34	40,0%	51	60,0%	85	100,0%	0,464
	CESÁREA	21	46,7%	24	53,3%	45	100,0%	
	TOTAL	55	42,3%	75	57,7%	130	100,0%	

Fuente: escala de Edimburgo y variables sociodemográficas

La tabla 02-F muestra la incidencia de depresión post parto en madres atendidas en el hospital Guillermo Díaz de la vega según el tipo de parto que presentaron, y se observamos que del total de madres, aquellas que tuvieron parto vía vaginal presentaron 60.0% de depresión y aquellas que presentaron un parto vía cesárea tuvieron 53.3%. No se halló diferencias significativas entre depresión y vía de parto.

TABLA 02-G

DEPRESIÓN POST PARTO SEGÚN ESCALA DE EDIMBURGO DE ACUERDO A LA EDAD GESTACIONAL CON LA QUE CULMINO EL EMBARAZO EL RECIEN NACIDO DE MADRE ATENDIDA EN EL HOSPITAL REGIONAL GUILLERMO DÍAZ DE LA VEGA – ABANCAY EN EL AÑO 2013

		DEPRESIÓN						P
		SIN DEPRESIÓN		CON DEPRESIÓN		TOTAL		
		N	%	N	%	N	%	
EDAD GESTACIONAL	< 37	1	33,3%	2	66,7%	3	100,0%	0,75
	37 - 42	54	42,5%	73	57,5%	127	100,0%	
	TOTAL	55	42,3%	75	57,7%	130	100,0%	

Fuente: escala de Edimburgo y variables sociodemográficas

La tabla 02-G muestra la depresión post parto (DPP) con relación a la edad del RN al momento de su nacimiento y observamos que del total de madres, aquellas con una edad gestacional menor de 37 semanas al momento de su parto tuvieron 66.7%. No se halló diferencias significativas entre depresión y la edad gestacional.



TABLA 02-H

DEPRESIÓN POST PARTO SEGÚN ESCALA DE EDIMBURGO DE ACUERDO A SI EL EMBARAZO FUE O NO FUE UN EMBARAZO DESEADO(PLANEADO) PARA MADRE ATENDIDA EN EL HOSPITAL REGIONAL GUILLERMO DÍAZ DE LA VEGA – ABANCAY EN EL AÑO 2013

		DEPRESIÓN						P
		SIN DEPRESIÓN		CON DEPRESIÓN		TOTAL		
		N	%	N	%	N	%	
EMBARAZO DESEADO	NO	35	46,7%	40	53,3%	75	100,0%	0,24
	SI	20	36,4%	35	63,6%	55	100,0%	
	TOTAL	55	42,3%	75	57,7%	130	100,0%	

Fuente: escala de Edimburgo y variables sociodemográficas

En la tabla 02-H se observa la depresión post parto (DPP) según si es que el embarazo fue planeado o no y nos muestra que del total de madres, aquellas que planearon su embarazo tuvieron 63.6% de DPP y aquellas que no tuvieron 53.3% de DPP. No se halló diferencias significativas entre depresión y embarazo deseado

TABLA 02-I

DEPRESIÓN POST PARTO SEGÚN ESCALA DE EDIMBURGO DE ACUERDO A LA PRESENCIA O NO DE PATOLOGÍA DURANTE EL EMBARAZO DE LA MADRE ATENDIDA EN EL HOSPITAL REGIONAL GUILLERMO DÍAZ DE LA VEGA – ABANCAY EN EL AÑO 2013

		DEPRESION						P
		SIN DEPRESIÓN		CON DEPRESIÓN		TOTAL		
		N	%	N	%	N	%	
PRESENCIA DE PATOLOGIA EN EL EMBARAZO	NO	38	42,7%	51	57,3%	89	100,0%	0,895
	SI	17	41,5%	24	58,5%	41	100,0%	
	TOTAL	55	42,3%	75	57,7%	130	100,0%	

Fuente: escala de Edimburgo y variables sociodemográficas

En la tabla 02-I se muestra la depresión post parto según la presencia o ausencia de patología durante el embarazo observamos que del total de madres, aquellas que presentaron alguna patología durante su embarazo tuvieron 58.5% de depresión post parto y que aquellas que no presentaron 57.3% de depresión post parto No se halló diferencias significativas entre depresión y presencia de patología en el embarazo.

DISCUSION

De acuerdo a los datos obtenidos en el presente estudio, realizado en una muestra significativa de 130 puérperas tardías cuyo parto fue atendido en el hospital regional Guillermo Díaz de la Vega de Abancay en el año 2013. Se obtuvo lo siguiente:

En la tabla 01 se observa que de un total de puérperas tardías sometidas al estudio con la escala de Depresión Post parto de Edimburgo, 57.7% presentaron depresión post parto

En comparación *Urdaneta y col.* buscaron comparar la prevalencia de depresión post parto en primíparas y multíparas en una muestra de 100 mujeres en puerperio tardío, las cuales al ser evaluadas con la escala de depresión post parto de Edimburgo presentaron una prevalencia positiva al test en 91 %. *Póo y col.* buscaron determinar la prevalencia y los factores de riesgo asociados con DPP en puérperas en Temuco, Chile, en una muestra de 75 puérperas en las cuales se obtuvo un 50,7 % de DPP al ser valoradas con la escala de depresión post parto de Edimburgo. *Tejada* busco determinar los factores psicosociales y la incidencia de DPP en madres adolescentes atendidas en el hospital Hipolito Unanue de Tacna, Perú obteniendo como resultado que la incidencia de DPP usando la escala de Edimburgo fue de 51.1%. *Aramburu y col.* Busco determinar la presencia de DPP en madres en edad fértil en lima metropolitana obteniendo como resultado que la prevalencia de DPP diagnosticada por medio del test de Edimburgo fue de 33%

En la tabla 02 se muestra el porcentaje de las puérperas que presentaron un resultado positivo para DPP al ser evaluadas con la escala de depresión post parto de Edimburgo, de acuerdo a las características maternas la cual para la variable edad se obtuvo un 68% para las puérperas con DPP que tenían entre 18 y 30 años, esta variable muestra significancia en las pruebas estadísticas realizadas ($P=0.00$) (tabla 02-A)



En comparación con *Jaime y col.* Que busco relacionar depresión post parto con edad, cantidad de hijos y estado civil la cual hallo para la variable edad un mayor porcentaje con 40% para las edades comprendidas entre los 21 y 26 años.

En la tabla 02 se muestra que el porcentaje de puérperas con DPP con referencia a el número de hijos fue mayor en aquellas que tienen de 1 a 2 hijos con un 57.3%, esta variable muestra significancia estadística ($P=0.043$) (tabla-02-B), en comparación *Jaime y col.* obtuvieron que el 60% de puérperas con DPP eran primíparas.

En la tabla 02 también se muestra el porcentaje de puérperas con DPP con referencia al estado civil se encontró que aquellas que eran casadas presentaron mayor porcentaje con 56% seguido de las convivientes con 25.3%, esta variable muestra significancia estadística con ($P=0.00$) (tabla 02-D), en comparación *Jaime y col.* Obtuvieron su mayor porcentaje en aquellas puérperas que tenían pareja (convivientes) con 47%. Seguida de aquellas casadas con 33%.

Vemos también en la tabla 02 el porcentaje de puérperas con DPP con referencia al grado de instrucción fue mayor en aquellas con secundaria completa, con 54.6%. teniendo significancia estadística con ($P=0.001$) (tabla-02C), además el porcentaje de puérperas con DPP con referencia al antecedente de abortos previos, observándose un porcentaje mayor en aquellas sin antecedente de abortos previos con 72%, teniendo significancia estadística ($P=0.036$) (tabla-02E). En comparación *Tejada* busco determinar los factores psicosociales y la incidencia de DPP en madres adolescentes obteniendo que el mayor porcentaje de DPP se evidenciaba en aquellas madres con primaria completa con un 100% seguida de aquellas con secundaria completa con 53.8%, ($P=0.048$), y también mostró que aquellas sin antecedente de aborto previo mostraron el mayor porcentaje de DPP con 51.3% sin mostrar diferencias significativas ($P=0.939$)

Con referencia a vía de parto se observa que el porcentaje mayor se da en aquellas que presentaron parto vaginal con 68%, embarazo no deseado fue aquel que presento



mayor incidencia con 53.3%, con referencia a la presencia de patología en el embarazo vemos que la ausencia de patología durante el embarazo tuvo un porcentaje mayor con 68% y con respecto a la edad gestacional aquella con un recién nacido a término con edad gestacional entre las 37 y 42 semanas mostro el porcentaje mayor con 97.3%. Ninguna de estas variables mostro significancia estadística ($P > 0.005$)



CONCLUSIONES:

1. La incidencia de depresión postparto en madres atendidas en el Hospital Regional Guillermo Díaz de la Vega en el año 2013, utilizando la escala de depresión post parto de Edimburgo fue de 57.7%.
2. Se encontró que la edad de la madre tiene significancia estadística y por lo tanto presenta asociación con la depresión post parto observándose que a mayor edad mayor es la probabilidad de sufrir depresión post parto. Así también se encontró que el número de hijos guarda asociación con la depresión post parto mostrando que a mayor cantidad en el número de hijos, mayor es la probabilidad de sufrir DPP, con respecto al grado de instrucción, este también guarda asociación con la depresión post parto y que en esta región el grado de instrucción secundaria completa es aquel que presenta mayor incidencia de depresión post parto en puérperas tardías, se encontró también que la presencia de abortos previos está asociada con depresión postparto además pudimos ver que la vía de parto, edad gestacional del recién nacido, el embarazo deseado y la presencia o no de alguna patología durante el embarazo no fueron variables significativas en asociación con DPP.



RECOMENDACIONES:

1. Debido a la alta incidencia de depresión post parto valorado con la escala de Edimburgo (57%) es necesario capacitar al personal de salud que trabaja en los servicios de ginecoobstetricia para establecer de manera protocolar el estudio diagnóstico de depresión postparto en todas las púerperas utilizando la escala de Edimburgo la cual es práctica y de fácil resolución para las madres.
2. Aquellos casos que resulten positivos para el test de Edimburgo deben ser motivo de una evaluación más profunda de acuerdo con la especialidad y así tratar el trastorno evitando su evolución y complicaciones para lo cual se debería contar con un equipo de salud mental ya sea con psiquiatra o psicólogo
3. Incorporar al carnet materno perinatal un ítem donde se pueda evaluar la esfera mental de la gestante para poder tener así antecedentes para posteriores evaluaciones



BIBLIOGRAFÍA

1. MSc. EM Angelina Dois Castellón “Actualizaciones en depresión posparto” Escuela de Enfermería, Facultad de Medicina. Pontificia Universidad Católica de Chile. Revista Cubana de Obstetricia y Ginecología. 2012; 38(4)576-586
2. Camila Bórquez Martínez, María José Duhau Uribe, Arlet Sánchez Cárdenas “INFLUENCIA DE LA Depresion post parto en las consultas por morbilidad en el niño menor de un año en el CESFAM externo Valdivia” Valdivia – Chile 2013
3. José Urdaneta M. MSc , Ana Rivera S. ,José García I. PhD , Mery Guerra V. PhD , Nasser Baabel Z. PhD , Alfí Contreras B. “Prevalencia de depresión posparto en primigestas y multíparas valoradas por la escala de Edimburgo”, Programa de obstetricia y ginecología, hospital universitario de Maracaibo, Universidad del Zulia., Venezuela rev chil obstet ginecol 2010; 75(5): 312 – 320
4. Moreno A, Domíngues L, França PS. Depresión posparto: prevalencia de test de rastreo positivo en puérperas del Hospital Universitario de Brasilia, Brasil. RevChilObstetGinecol 2004;69(3):209-13.
5. Vargas-Mendoza, J.E. y García-Jarquín, M. Depresión post-parto: presencia y manejo psicológico. Centro Regional de Investigación en Psicología, Volumen 3, Número 1, 2009 Pág. 11-18
6. Carro T, Sierra JM, Hernández M J, Ladrón E, Antolín E. Trastornos del estado de ánimo en el postparto Medicina General y de Familia [internet]. 2000.
7. Cox J, Holden J. Perinatal mental health.A guide to the Edinburgh Postnatal Depression Scale, London, Gaskell, 2003.



8. Latorre-Latorre, José Fidel, Contreras-Pezzotti, Leddy Marina, García-Rueda, Susana et al. Postpartum depression in adolescent women from Bucaramanga, Colombia. *Revista Colombiana de Obstetricia y Ginecología*, Vol.57, no.3, año 2006, Pág.147-155. ISSN 0034-7434.
9. Rojas, Graciela et al. Caracterización de madres deprimidas en el posparto. *Rev. méd. Chile* [online]. 2010, vol.138, pag. 536-542.
10. García Esteve, Luisa et al. Estudio de la depresión post-parto en madres españolas: detección, incidencia y factores asociados. 2000
11. Drs. Olga M. Jaime, Natalia V. Solis, Marina Zarate, Julia Linetzky, Oscar A. Atienza, Depresión Postparto con Relación a la Edad, Cantidad de Hijos y Estado Civil, Facultad de Ciencias Médicas, Universidad Nacional de Córdoba. Córdoba, Argentina, *Acta Científica Estudiantil* 2006; 4(3):137-145.
12. José Urdaneta M. MSc , Ana Rivera S. , José García I. PhD , Mery Guerra V. PhD , Nasser Baabel Z. PhD , Alfi Contreras B. “Factores de riesgo de depresión posparto en puérperas venezolanas valoradas por medio de la escala de Edimburgo” Programa de Obstetricia y Ginecología, Universidad del Zulia, Venezuela .*Rev Chil Obstet Ginecol* 2011; 76(2): 102-112
13. Vargas-Mendoza, J.E. y García-Jarquín, M. Depresión post-parto: presencia y manejo psicológico. Centro Regional de Investigación en Psicología, Volumen 3, Número 1, 2009 Pág. 11-18
14. Pilar Aramburú, Rosalyn Arellano, Sandra Jáuregui, Lizbeth Pari, Pablo Salazar, Prevalencia y factores asociados a depresión posparto en mujeres atendidas en establecimientos de salud del primer nivel de atención en Lima Metropolitana, junio 2004.



15. Claudia Wolff L, Paula Valenzuela X., Karim Esteffan S, Daniela Zapata B. Depresión posparto en el embarazo adolescente: análisis del problema y sus consecuencias Rev Chil Obstet Ginecol 2009; 74(3): 151 – 158
16. Carla Castañón S, Javier Pinto L, “Mejorando la pesquisa de depresión posparto a través de un instrumento de tamizaje, la escala de depresión posparto de Edimburgo” Rev Méd Chile 2008; 136: 851-858
17. Juan Escobar, Percy Pacora, Nilton Custodio, Walter Villar Depresión posparto: ¿se encuentra asociada a la violencia basada en género? Lima, Perú. An Fac med. 2009;70(2):115-8
18. Latorre-Latorre, José Fidel, Contreras-Pezzotti, Leddy Marina, García-Rueda, Susana Et Al. “La depresión posparto en madres adolescentes de Bucaramanga, Colombia” Revista Colombiana De Obstetricia Y Ginecología, vol.57, no.3, año 2006, pág.147-155.
19. Javier Eduardo Tejada Arce “Factores psicosociales asociados y detección de depresión posparto usando la escala de Edimburgo en madres adolescentes con parto atendido en el Hospital Hipólito Unánue - Tacna 2009”
20. Dra. Soledad Díaz “El Periodo Postparto” Instituto Chileno de Medicina Reproductiva
21. Diaz, S. (2006). El periodo postparto. Documentos UNICEF. Recuperado de <http://www.unicef.cl/lactancia/docs/mod04/POST-PARTO.pdf>
22. Camila Bórquez Martínez, María José Duhau Uribe, Arlet Sánchez Cárdenas “Influencia de la depresión post parto en las consultas por morbilidad en el niño menor de un año en el CESFAM externo Valdivia” Universidad Austral de Chile Facultad de Medicina Escuela de Enfermería, 2013
23. Acuña, Mario. Evidencia Actualización en la Práctica Ambulatoria - Vol. 5 Número 6: Noviembre-Diciembre 2002.



24. J.L. Cox, J.M. Holden, R. Sagovsky. Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS). *British Journal of Psychiatry*, Junio de 1987, Volúmen 150.
25. Ministerio de Salud . Instituto Nacional Materno Perinatal Guía de practica clínica y de procedimientos en obstetricia y perinatologia . Lima Perú; 2010 pag 11-20.
26. Mundigo AI, Indriso C, editors. *Abortion in the developing world*. First Edition. New Delhi: WHO, Vista Publications, 1999.
27. National High Blood Pressure Education Program. Working group report on high blood pressure in pregnancy. National Institutes of Health Publication No. 00-3029. 1990. Revisión julio del 2000.
28. ACOG practice bulletin. Diagnosis and management of preeclampsia and eclampsia. Number 33, January 2002. American College of Obstetricians and Gynecologists. *International Journal of Gynaecology and Obstetrics*. Abril 2002; vol. 77(1):67-75. Williams. *Obstetricia*. 20ª ed
29. Ministerio de Salud . Instituto Nacional Materno Perinatal Guía de practica clínica y de procedimientos en obstetricia y perinatologia . Lima Perú; 2010 pag 61-69
30. Cabero L, Cerqueira MJ. *Hiperemesis Gravídica*. *Protocolos de Medicina Materno Fetal (Perinatología)* 2nd ed. Madrid: Ergon SA, 2000; p. 159-60.
31. Ministerio de Salud. Instituto Nacional Materno Perinatal Guía de practica clínica y de procedimientos en obstetricia y perinatologia . Lima Perú; 2010 pag 85-91
32. Ministerio de Salud. Instituto Nacional Materno Perinatal Guía de practica clínica y de procedimientos en obstetricia y perinatologia . Lima Perú; 2010 pag 91



33. Ministerio de Salud. Instituto Nacional Materno Perinatal Guía de practica clínica y de procedimientos en obstetricia y perinatologia . Lima Perú; 2010 pag 104
34. Gilstrap III LC, Ramin SM. Infecciones de las vias urinarias durante el embarazo. Clinicas de Ginecología y Obstetricia 2001;3:531-40.
35. Cohen WR. Urinary tract infections during pregnancy. En: Cherry and Merkatz's Complications of Pregnancy. Lippincott Williams & Wilkins 2000
36. Ministerio de salud. Guía Técnica: Guías de Práctica Clínica para la atención de emergencias obstétricas según nivel de capacidad resolutiva. MINSA, enero 2007



ANEXO 2

PORCENTAJE SEGÚN ALTERNATIVA MARCADA EN LA ESCALA DE DEPRESIÓN POST PARTO DE EDIMBURGO

		n	%
he podido reír y ver el lado positivo de las cosas?	igual que siempre	53	40,8%
	un poco menos que antes	53	40,8%
	mucho menos que antes	21	16,2%
	no he podido	3	2,3%
	Total	130	100,0%
he mirado el futuro con placer?	igual que siempre	46	35,4%
	bastante menos que antes	61	46,9%
	mucho menos que antes	21	16,2%
	no, nada	2	1,5%
	Total	130	100,0%
me he culpado sin necesidad cuando las cosas han marchado mal?	no, nunca	45	34,6%
	no con mucha frecuencia	40	30,8%
	si, algunas veces	45	34,6%
	si, casi siempre	0	0,0%
	Total	130	100,0%
he estado preocupada ansiosa y asustada sin ninguna razón ?	no, en absoluto	38	29,2%
	no, mucho	37	28,5%
	si, a veces	51	39,2%
	si, con mucha frecuencia	4	3,1%
	Total	130	100,0%
me he sentido con miedo o presa del panico?	no, en absoluto	53	40,8%
	no mucho	31	23,8%
	si, a veces	43	33,1%
	si, con mucha frecuencia	3	2,3%
	Total	130	100,0%

		n	%
me he sentido agobiada ?	no, me las he arreglado igual que siempre	33	25,4%
	no, la mayoría de las veces me las he arreglado bastante bien	39	30,0%
	a veces no me las he arreglado tan bien como siempre	56	43,1%
	si, la mayoría de las veces no me las he arreglado en absoluto	2	1,5%
	Total	130	100,0%
me he sentido tan desdichada e infeliz que he tenido dificultad para dormir?	no en absoluto	41	31,5%
	no, con mucha frecuencia	54	41,5%
	si, con bastante frecuencia	29	22,3%
	si, casi todo el tiempo	6	4,6%
	Total	130	100,0%
me he sentido triste y abatida?	no, en absoluto	46	35,4%
	no, con mucha frecuencia	58	44,6%
	si, con bastante frecuencia	24	18,5%
	si casi todo el tiempo	2	1,5%
	Total	130	100,0%
he estado tan infeliz que me echo a llorar ?	no, nunca	36	27,7%
	solo ocasionalmente	70	53,8%
	si, bastante a menudo	23	17,7%
	si, casi todo el tiempo	1	0,8%
	Total	130	100,0%
he pensado en hacerme daño a mi misma?	nunca	119	91,5%
	casi nunca	10	7,7%
	a veces	1	0,8%
	si, con bastante frecuencia	0	0,0%
	Total	130	100,0%

ANEXO 3

PORCENTAJE DE DEPRESIÓN POST PARTO SEGÚN PATOLOGÍA PRESENTE DURANTE EL EMBARAZO

		Depresión						P
		Sin depresión		Con depresión		Total		
		n	%	n	%	n	%	
patología	sin patología	38	42,2%	52	57,8%	90	100,0%	0,455
	preeclampsia	2	33,3%	4	66,7%	6	100,0%	
	ICP	6	60,0%	4	40,0%	10	100,0%	
	hiperemesis gravídica	3	27,3%	8	72,7%	11	100,0%	
	oligohidramnios	2	100,0%	0	0,0%	2	100,0%	
	ITU	3	42,9%	4	57,1%	7	100,0%	
	amenaza de parto pretermino	1	25,0%	3	75,0%	4	100,0%	
	Total	55	42,3%	75	57,7%	130	100,0%	

Fuente: escala de Edimburgo y variables sociodemográficas