

UNIVERSIDAD NACIONAL JORGE BASADRE GROHMANN - TACNA

Facultad de Ciencias de la Salud

Escuela Profesional de Medicina Humana

DEPRESIÓN POSTPARTO Y FACTORES GINECO-OBSTÉTRICOS Y
SOCIODEMOGRÁFICOS ASOCIADAS A PUÉRPERAS EN EDAD
FÉRTIL IDEAL Y EDADES EXTREMAS EN EL SERVICIO DE
GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA DEL HOSPITAL III
EMERGENCIAS GRAU DE LIMA, NOVIEMBRE A
DICIEMBRE DEL 2018

TESIS

Presentada por:

Bach. Eva Luzmila Quispe Huanca

Para optar el Título Profesional de:

MÉDICO CIRUJANO

TACNA - PERÚ

2019

UNIVERSIDAD NACIONAL JORGE BASADRE GROHMANN - TACNA

Facultad de Ciencias de la Salud

Escuela Profesional de Medicina Humana


**DEPRESIÓN POSTPARTO Y FACTORES GINECO-OBSTÉTRICOS Y
SOCIODEMOGRÁFICOS ASOCIADAS A PUÉRPERAS EN EDAD
FÉRTIL IDEAL Y EDADES EXTREMAS EN EL SERVICIO DE
GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA DEL HOSPITAL III
EMERGENCIAS GRAU DE LIMA, NOVIEMBRE A
DICIEMBRE DEL 2018**

TESIS

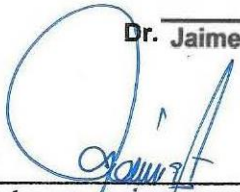
Presentada por:
BACH. EVA LUZMILA QUISPE HUANCA

Para optar el Título Profesional de:
MÉDICO CIRUJANO

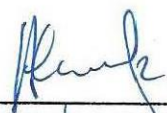
Aprobado por UNANIMIDAD, ante el siguiente Jurado:




Dr. Jaime Edgar Miranda Benavente
Presidente



Dr. JOSÉ LUIS PEDRO GOMEZ MOLINA
Jurado



MGR. JOSÉ REVILLA URQUIZO
Jurado



DR. ALBERTO FLOR CHAVEZ
Asesor

DEDICATORIA

A Dios que me dio la oportunidad de vivir y de regalarme una familia maravillosa y a todas aquellas personas que tienen el deseo de superación.

Con mucho cariño a las personas que me enseñaron a ser quien soy, que me brindaron su apoyo incondicional y los ánimos para seguir en este caminar.

AGRADECIMIENTOS

A Dios por acompañarme en cada paso que doy y ser mi fortaleza.

A mi familia por haberme apoyado a lograr este sueño, haberme inculcado valores y ser mi motor.

A mi mejor amigo por su genuina amistad, apoyo constante e incondicional.

A todos mis maestros que me guiaron y me enseñaron valores y conocimientos en la medicina.

A mi asesor interno por su apoyo y por ser parte de este logro.

A mi asesor externo por su apoyo desinteresado en la elaboración de este trabajo de investigación, gran amigo y mentor en el internado. Gracias.

RESUMEN

Objetivo: Determinar la incidencia de depresión postparto, los factores gineco-obstétricos y sociodemográficos asociados a puérperas en edad fértil ideal y edades extremas en el servicio de ginecología y obstetricia del Hospital III Emergencias Grau de Lima en el periodo de noviembre a diciembre del año 2018.

Materiales y métodos. Se realizó un estudio observacional descriptivo, transversal, prospectivo, obteniendo 468 pacientes. Se les aplicó la Escala de Edimburgo para Depresión Postparto, se utilizó la prueba estadística del Chi Cuadrado.

Resultados. Se encontró una incidencia de 10,3%. Los factores asociados edades extremas, es decir ser adolescente y ser añosa ($P=0,021$).

Además, en las adolescentes también se asocia el tipo de parto por cesárea ($P=0,006$), el estado civil ($P=0,048$) en la condición de divorcio, vivir con familiares ($P=0,028$). Respecto a la ocupación ($P=0,036$), se asocia la condición de trabajo independiente, empleo y labor en casa.

Conclusiones. Los factores que demostraron estar asociados fueron las edades extremas, estado civil condición de divorcio, vivir con familiares, la ocupación (trabajo independiente, empleo y labor en casa). Además, en las adolescentes también se encontró asociado el nivel educativo secundario y educación superior.

Palabras clave: Depresión postparto, puérperas, Escala de Edimburgo, factores asociados.

SUMMARY

Objective: To determine the incidence of postpartum depression, the gynecological and sociodemographic factors associated with puerperal women of ideal fertile age and extreme ages in the gynecology and obstetrics service of Hospital III Emergencias Grau de Lima in the period from November to December 2018.

Materials and methods. A descriptive, cross-sectional, prospective observational study was conducted, obtaining 468 patients. The Edinburgh Scale for Postpartum Depression was applied, the Chi square statistical test was used. **Results.** An incidence of 10,3% was found. The factors associated with extreme ages, ie being adolescent and being old ($P = 0,021$). In addition, adolescents also associate the type of delivery by caesarean section ($P = 0,006$), marital status ($P = 0,048$) in the condition of divorce, living with relatives ($P = 0,028$). Regarding occupation ($P = 0,036$), the condition of independent work, employment and work at home is associated. **Conclusions.** The factors that proved to be associated were extreme ages, marital status, divorce status, living with relatives, occupation (independent work, employment and work at home). In addition, secondary education and higher education were also associated in adolescents.

Key words: Postpartum depression, puerperal, Edinburgh Scale, associated factors.

CONTENIDO

INTRODUCCIÓN -----	1
CAPÍTULO I -----	3
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA -----	3
1.1.- DESCRIPCIÓN DEL PROBLEMA -----	3
1.2.- FORMULACIÓN DEL PROBLEMA -----	4
1.3.- JUSTIFICACIÓN -----	5
1.4.- OBJETIVOS DEL ESTUDIO -----	6
1.4.1.- OBJETIVO GENERAL -----	6
1.4.2.- OBJETIVOS ESPECÍFICOS -----	6
CAPÍTULO II -----	8
MARCO TEÓRICO -----	8
2.1.- ANTECEDENTES -----	8
2.1.1.- LOCALES Y NACIONALES -----	8
2.1.2.- INTERNACIONALES -----	15
2.2.- BASES TEORICAS -----	20
2.2.1. DEPRESIÓN POSPARTO -----	20
2.2.2. IMPACTO DE LA ENFERMEDAD -----	31
2.2.3.- ESCALA DE EDIMBURGO PARA DEPRESIÓN POSPARTO (EPDS): -----	32
2.3.- HIPÓTESIS -----	34
CAPÍTULO III -----	35

MATERIAL Y METODOS-----	35
3.1.- DISEÑO DEL ESTUDIO-----	35
3.2.- POBLACIÓN-----	35
3.4.- CRITERIOS DE INCLUSIÓN -----	36
3.5.- CRITERIOS DE EXCLUSIÓN -----	36
3.6. VARIABLES: -----	37
3.6.1. VARIABLE DEPENDIENTE: PRESENCIA DE DEPRESIÓN POSTPARTO EN PUERPERIO INMEDIATO/MEDIATO.-----	37
3.6.2. VARIABLES INDEPENDIENTES: FACTORES GINECO- OBSTÉTRICOS Y SOCIODEMOGRÁFICOS ASOCIADAS A PUÉRPERAS EN EDAD FÉRTIL IDEAL Y EDADES EXTREMAS----	37
3.7. OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES -----	39
3.8.- TÉCNICAS E INSTRUMENTOS PARA RECOLECCIÓN DE LOS DATOS-----	43
3.9.- PROCESAMIENTO Y ANÁLISIS DE DATOS -----	46
CAPÍTULO IV-----	47
4.1 RESULTADOS-----	47
4.2 DISCUSIÓN -----	66
CONCLUSIONES -----	77
RECOMENDACIONES -----	78
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS -----	79
ANEXO 01 -----	85
ANEXO 02-----	86
ANEXO 03-----	87

INTRODUCCIÓN

La depresión posparto (DPP) con frecuencia pasa inadvertida, afectando a una de cada cinco mujeres en Latinoamérica, de las cuales del 20% al 40% pertenecen a países en desarrollo como el nuestro, además es un trastorno grave que ocasiona enorme sufrimiento tanto a la madre como a la familia por lo que deteriora en forma importante la calidad de vida de la madre, afecta la salud del recién nacido, su correcto abordaje debe constituir una prioridad en Salud Pública.

Además, el puerperio es uno de los períodos de mayor riesgo en la presentación de trastornos del estado de ánimo debido a que la madre está sometida a importantes cambios hormonales y físicos, y a un gran número de factores ambientales generadores de estrés como son la lactancia, la asunción del papel de mamá y las transformaciones en la relación de pareja y en la estructura familiar que trae consigo este periodo.

En nuestro país, se cuenta con un estudio de validación de la Escala de Depresión Postnatal de Edimburgo (EPDS) en Lima-Perú, una escala internacional ampliamente utilizado para estos fines, fue validada dando puntuaciones mayores a 13,5 con una sensibilidad de 84,21% y

una especificidad de 79,47% para el diagnóstico de depresión mayor basada en los criterios del DSM-IV.

Por otro lado, hay que tener presente que el DSM-5, tomando en cuenta que también la gestación es un periodo de mayor riesgo de patología psiquiátrica, considera el especificador “de inicio en el periparto” para hacer referencia a los trastornos mentales que comienzan durante el embarazo o las 4 primeras semanas postparto.

Este estudio fue diseñado con el objetivo de tener un estimado de la incidencia de depresión postparto en puérperas que acudieron para su atención de parto, y pretende estudiar posibles asociaciones entre los factores gineco-obstetricos y sociodemográficos a depresión postparto.

CAPÍTULO I

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

1.1.- DESCRIPCIÓN DEL PROBLEMA

Los trastornos depresivos son un grupo de enfermedades bastante frecuentes en la población general y en la práctica clínica. Estos trastornos pueden presentarse en cualquier momento de la vida de la mujer, desde la infancia hasta la vejez, pero son más frecuentes en la etapa de su vida reproductiva. (1)

El puerperio es uno de los períodos de mayor riesgo en la presentación de trastornos del estado de ánimo debido a que la madre está sometida a importantes cambios hormonales y físicos, y a un gran número de factores ambientales generadores de estrés como son la lactancia, la asunción del papel de mamá y las transformaciones en la relación de pareja y en la estructura familiar que trae consigo este periodo.

La depresión posparto (DPP) ha sido denominada la complicación obstétrica más común (2), y con frecuencia pasa inadvertida, afectando a una de cada cinco mujeres en Latinoamérica, de las cuales del 20% al 40% pertenecen a países en desarrollo como el nuestro, además es un trastorno grave que ocasiona enorme sufrimiento tanto a la madre como a la familia por lo que deteriora en forma importante la calidad de vida de la madre, afecta la salud del recién nacido, su correcto abordaje debe constituir una prioridad en Salud Pública.

1.2.- FORMULACIÓN DEL PROBLEMA

¿Cuál es la incidencia de depresión posparto y cuáles son los factores gineco-obstétricos, y sociodemográficos asociados a ello, de puérperas en edad fértil ideal y edades extremas en el servicio de ginecología y obstetricia del Hospital III Emergencias Grau de Lima en el período de noviembre a diciembre del año 2018?

1.3.- JUSTIFICACIÓN

Se sabe que 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 mujer (3), el puerperio es la etapa en la cual los trastornos afectivos son comunes, pero algunos, como la depresión postparto (DPP) son poco reconocidos. Esta entidad constituye un problema de salud pública en varios países, con una prevalencia mundial que fluctúa entre un 10% a 15%, tres veces más alta en los países en desarrollo que en los países desarrollados, siendo mayor en las mujeres de nivel socioeconómico bajo (3). En Latinoamérica se ha reportado una alta prevalencia de DPP: Chile 50,7% (4), Colombia 32,8% (5), México 32,6% (6), Perú 24,1% (7) y Venezuela 22% (8). Sin embargo, es difícil determinar la prevalencia real de este trastorno, porque los estudios difieren extremadamente en lo que se refiere a metodología empleada y a las poblaciones analizadas, pero puede aceptarse que 10 a 20% de las puérperas son afectadas por esta entidad. (9) Por lo que resulta fundamental y muy beneficioso detectar este trastorno entre las puérperas, con el propósito que puedan aplicarse diversas técnicas de tamizaje que permitan identificar a

aquellas puérperas con mayor necesidad de una valoración diagnóstica más completa

1.4.- OBJETIVOS DEL ESTUDIO

1.4.1.- OBJETIVO GENERAL

- Determinar la incidencia de depresión postparto, los factores gineco-obstétricos y sociodemográficos asociados a puérperas en edad fértil ideal y edades extremas en el servicio de ginecología y obstetricia del Hospital III Emergencias Grau de Lima en el periodo de noviembre a diciembre del año 2018.

1.4.2.- OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Determinar la incidencia de la depresión postparto en puérperas de edad fértil ideal y edades extremas en el servicio de ginecología y obstetricia del Hospital III Emergencias Grau de Lima en el periodo de noviembre a diciembre del año 2018.

- Determinar los factores gineco-obstétricos, asociados a depresión postparto en puérperas de edad fértil ideal y edades extremas en el servicio de ginecología y obstetricia del Hospital III Emergencias Grau de Lima en el periodo de noviembre a diciembre del año 2018.
- Determinar los factores sociodemográficos asociados a depresión postparto en puérperas de edad fértil ideal y edades extremas en el servicio de ginecología y obstetricia del Hospital III Emergencias Grau de Lima en el periodo de noviembre a diciembre del año 2018.

CAPÍTULO II

MARCO TEÓRICO

2.1.- ANTECEDENTES

2.1.1.- LOCALES Y NACIONALES

Atencia, Stephanie. Factores de riesgo para la depresión posparto en madres adolescentes atendidas en el hospital nacional Daniel Alcides Carrion durante abril – junio, 2015. Lima – Perú.

Realizó un estudio observacional, analítico de casos y controles, prospectivo, transversal, donde la muestra estuvo conformada por 180 madres adolescentes, que se dividieron en dos grupos: 90 pacientes que tuvieron depresión posparto (casos) y 90 pacientes sin depresión posparto (control). A ambos grupos les aplicó la escala de Edimburgo y un formulario de evaluación de los factores de riesgo. Como resultado obtuvo que los factores obstétricos de riesgo con

asociación significativa para depresión posparto son: presentar enfermedades durante el embarazo ($p=0.025$; OR: 1.96), hospitalización durante la gestación ($p<0.001$; OR: 3.29), complicaciones durante el parto ($p<0.001$; OR: 8.08), parto por cesárea ($p=0.005$; OR: 3.08), dificultad para la lactancia materna ($p=0.002$; OR: 2.60) y bebe hospitalizado por complicaciones ($p<0.001$; OR: 13.69). dentro de los factores psicológicos encontró que son el recibir insultos de familiares o pareja ($p<0.001$; OR: 3.29), la sensación de ansiedad ($p=0.003$; OR: 2.81), la sensación de melancolía ($p=0.001$; OR: 3.01), la sensación de culpabilidad ($p<0.001$; OR: 6.05), la dificultad para concentrarse ($p<0.001$; OR: 2.50), la dificultad para criar al bebé ($p=0.005$; OR: 11.13), el tener un embarazo no deseado ($p=0.009$; OR: 2.38), la depresión antes de la gestación ($p=0.002$; OR: 9.00), la depresión durante la gestación ($p<0.001$; OR: 5.73), la vivencia de un hecho estresante ($p<0.001$; OR: 3.81), el antecedente familiar de depresión ($p=0.02$; OR: 2.63), el no contar con el apoyo emocional de la pareja ($p<0.001$; OR: 3.96) y el no tener una buena relación con la pareja ($p<0.001$; OR: 42.31). Los factores sociales de riesgo son el tener una pareja que no

cuenta con trabajo ($p < 0.001$; OR: 7.82), el no tener el apoyo económico de la pareja ($p < 0.001$; OR: 32.36) y el consumo de sustancias nocivas ($p = 0.023$; OR: 5.24). (10)

Romero, G. Relación entre características sociodemográficas y riesgo de depresión postparto en puérperas de la Clínica Good Hope noviembre de 2015. Lima – Perú

Realizó un estudio descriptivo, correlacional, observacional, transversal aplicando la escala de depresión postnatal de Edimburgo (EDPE) para detectar el riesgo DPP. Su población estuvo conformada por la totalidad de mujeres que acudieron a dar a luz en la Clínica. Como resultados encontró que existe un riesgo de depresión postparto en 20%. Encontró que el mayor porcentaje de puérperas 29% oscila entre las edades de 26 a 30 años. 96% estaban acompañadas por su pareja, ya sea conviviente o estar casadas. 60% eran primíparas. 88 % referían parto por cesárea. 96% poseían estudios superiores y 50% manifestaron embarazo planeado. No encontró asociación entre el riesgo de DPP y las variables sociodemográficas. (11)

Cordova, J. Factores asociados a depresión postparto en puéperas atendidas en Hospital II-2 Santa Rosa Durante septiembre-diciembre, 2017. Piura-Perú

Estudio tipo analítico transversal y empleo la escala de depresión post parto de Edimburgo. Como resultado obtuvo que, de 125 madres, la mediana de edad fue de 23 años, el 34,4% de las puérperas atendidas presentaron depresión-postparto. Los factores asociados a depresión post-parto fueron la edad (valor $p=0,041$), edad entre 18-34 años ($p=0,013$), ser soltera, grado de instrucción analfabeta y primaria (valor $p<0,001$), proceder de zona rural, haber presentado abortos, no sentirse capaz de cuidar a su bebé (valor $p<0,001$), tener el diagnóstico previo de depresión (valor $p=0,017$) y depresión post-parto (valor $p=0,015$). (12)

Zeballos G. Relación entre el índice de violencia en la pareja y riesgo de depresión postparto en puérperas mediatas del Hospital III Yanahuara. Arequipa, enero- febrero 2018

Realizó un estudio analítico observacional de corte transversal. Utilizó el Test de Edimburgo para Depresión Posparto y el Test Index of spouse abuse para violencia de pareja. Incluyó 288

puérperas mediatas, de las cuales 40% presentó tamizaje positivo para depresión posparto, de las cuales encontró a 118 puérperas mediatas con violencia no física (41 %), y 54 puérperas mediatas que sufrieron violencia física por parte de su pareja (18,8 %) encontrando una asociación estadística en las variables de violencia física ($p < 0,003$) y de violencia no física ($p < 0,007$). (13)

Castro C. Factores sociodemográficos y psicosociales asociadas a la depresión en el puerperio inmediato del servicio de gineco obstetricia del Hospital de Apoyo Jesús Nazareno. Ayacucho, Noviembre – 2017 Marzo – 2018

Encontró que la prevalencia de puérperas inmediatas con depresión post parto es de 11,3%. Y concluyó que los factores sociodemográficos edad, paridad, condición económica y atención pre natal, de la puérpera inmediata no están asociados a la depresión post parto. Mientras que las madres solteras presentan mayor porcentaje de depresión post parto. Los factores psicosociales como la no participación en la psicoprofilaxis durante el embarazo y percepción de no tener el apoyo emocional de la pareja están asociados a la depresión

post parto de las puérperas inmediatas del Hospital de Apoyo Jesús Nazareno. (14)

Saavedra M. Factores asociados a depresión postparto en mujeres atendidas en el Hospital II-2 Santa Rosa durante septiembre-diciembre, 2015. Piura – Perú

Realizó un estudio analítico transversal y empleo la escala de depresión post parto de Edimburgo. De 125 madres encontró que la prevalencia de depresión post parto fue alta (34,4%) y esto se asoció a edad (valor $p=0,041$), ser soltera, grado de instrucción analfabeta y primaria (valor $p<0,001$), proceder de zona rural (valor $p<0,001$), haber presentado abortos previamente (valor $p<0,001$), no sentirse capaz de cuidar a su bebé (valor $p<0,001$), tener el diagnóstico previo de depresión (valor $p=0,017$) y depresión post-parto (valor $p=0,015$). (15)

Chaparro Q. Disfunción familiar como factor de riesgo para depresión en el puerperio inmediato en el Hospital Regional Honorio Delgado Espinoza de Arequipa. 2017

Realizó un estudio analítico observacional prospectivo de casos y controles con el empleo de la Escala de Edimburgo.

Su población fue de 90 puérperas y concluyó que la disfunción familiar es un factor de riesgo para depresión en el puerperio inmediato. La edad materna, edad gestacional y paridad no demostraron asociación significativa con el riesgo de depresión puerperal. (16)

Olórtegui R. Estado civil como factor de riesgo de depresión postparto en puerperas del Hospital Belén de Trujillo. Perú 2017.

Realizó un estudio de tipo analítico, observacional, prospectivo, de casos y controles. La población de estudio estuvo constituida por 90 puérperas; los cuales fueron divididas en 2 grupos: con depresión postparto o sin ella. Como resultado indica que no se apreciaron diferencias significativas en relación a las variables edad materna, edad gestacional y controles prenatales entre las gestantes con depresión postparto o sin ella. Las categorías de estado civil de las pacientes con depresión postparto fue la siguiente: soltera (42%); conviviente (35%) y casada (23%). Las categorías de estado civil de las pacientes sin depresión postparto fue la siguiente: soltera (20%); conviviente (55%) y casada (25%). El estado civil soltera es factor de riesgo para

depresión postparto con un odds ratio de 2.93, el cual fue significativo ($p < 0,05$). (17)

2.1.2.- INTERNACIONALES

La torre, J. Depresión postparto en Bucaramanga, factores de riesgo. Estudio de cohorte. Colombia. 2005

Es un estudio de cohorte, comprendidos entre mayo de 2003 y abril de 2014. Contó con 286 mujeres puérperas provenientes de 11 instituciones del área metropolitana de Bucaramanga, a quienes en el postparto inmediato se les descartó trastorno depresivo. Se obtuvo información sobre variables sociodemográficas, obstétricas, antecedentes psiquiátricos, satisfacción con el nacimiento y lactancia materna, a quienes se le realizó seguimiento 6 semanas. El diagnóstico fue realizado por un psiquiatra calificado, mediante entrevista clínica semiestructurada de acuerdo a los criterios de DSM-IV, resultando la tasa de incidencia en de DPP en 1 caso por cada 1 000 días persona de seguimiento, se asociaron con $p < 0,05$, los antecedentes personales de

depresión, depresión durante la gestación, baja autoestima, ausencia de control prenatal y antecedentes de disforia. (18)

Carrillo, M. Factores asociados a depresión posparto en mujeres que acuden al Hospital General de ECATEPEC “Dr. José María Rodríguez”, 2012. México

En un estudio observacional, descriptivo, transversal, prospectivo. Se estudiaron una muestra total de 305 mujeres. De las 77 mujeres con Depresión Posparto la frecuencia de edad fue de los 15 hasta los 42 años de edad. Observó que, en las mujeres con Depresión Posparto, el estado civil predominante fue la Unión Libre 59 casos (77%), seguido del estado civil Casada con 10 pacientes (13%) y por último sólo 8 casos (10%) fueron Solteras. Del grado de escolaridad el 58% estudiaron como máximo nivel de estudios la educación secundaria, 21% (16) la educación primaria, el 12% (9) bachillerato y 5% (4) y 4% (3) son analfabetas y con carrera técnica respectivamente. Con respecto a la ocupación más frecuente de las mujeres con Depresión Posparto, fue quienes se dedicaban al hogar con 72 pacientes (94%). En cuanto a

la relación de Depresión Posparto y la planeación del embarazo, se encontró que el 60% (46) de las mujeres si lo planearon, y el resto de ellas (40%, 31 casos) no lo hicieron, haciendo notorio que 4 de cada 10 pacientes no lo planearon. En el presente estudio se obtuvo una frecuencia de 25,24%. Haciendo notar que 2 de cada 10 mujeres encuestadas presentaron este cuadro. (19)

José Urdaneta M. y cols. Factores de riesgo de depresión posparto en puérperas venezolanas valoradas por medio de la escala de Edimburgo. Venezuela 2011

Realizó una investigación descriptiva, mediante una muestra de 100 puérperas, evaluadas por la Escala de Depresión Postparto de Edimburgo (EDPS). Como resultados hubo 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 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. (20)

José Urdaneta M. y cols. Prevalencia de depresión posparto en primigestas y multíparas valoradas por la escala de edimburgo. Venezuela 2010.

Realizó una investigación 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. Los resultados demostraron que no hubo una asociación estadísticamente significativa entre paridad y depresión posparto. (21)

Molero, K. y cols. Prevalencia de depresión posparto en puérperas adolescentes y adultas. Venezuela. 2014

Realizó una investigación de casos y controles, que incluyó una muestra de 100 mujeres en puerperio tardío, divididas en dos grupos pareados de 50 adolescentes (casos) y 50 adultas (controles); las que fueron evaluadas mediante la aplicación de la Escala de Depresión Postparto de Edimburgo (EDPS) y por un guion de entrevista para identificar los factores de riesgos asociados a esta patología. Como resultados al comparar las puntuaciones totales en la EDPS las adolescentes mostraron un puntaje promedio menor que las adultas ($5,88 \pm 1,96$ vs. $11,58 \pm 2,9$; $p < 0,001$), mostrando significativamente una mayor frecuencia de ansiedad ($p < 0,05$), sentimiento de culpa y dificultad para la concentración ($p < 0,001$), que es indicativo de un mayor riesgo de presentar DPP. Traduciéndose en 4% de puérperas adolescentes y 72% de las adultas con probable DPP, que al confirmarse mediante la entrevista del DSM IV mostró una prevalencia de 2% y 38%, en adolescentes y adultas respectivamente. En las adultas predominó como factores de

riesgo significativos el bajo nivel educativo ($p < 0,05$), las dificultades con la lactancia ($p < 0,001$) y la presencia de trastornos afectivos desde el embarazo ($p < 0,001$). Concluyendo el estudio en que la DPP fue más prevalente en las madres adultas que en las adolescentes. (22)

2.2.- BASES TEORICAS

A continuación, se hará revisión de la información pertinente para poder apoyar el planteamiento realizado en esta investigación. Para ello se abordará en primer lugar la definición de algunos términos relacionados al tema en estudio. Luego, se revisarán los aspectos teóricos sobre la escala de depresión postnatal de Edimburgo.

2.2.1. DEPRESIÓN POSPARTO

DEFINICION:

Dentro de la nomenclatura psiquiátrica, la depresión postparto (DPP) es definida rigurosamente como un trastorno/episodio depresivo de inicio en el postparto según la penúltima versión de su clasificación de los trastornos mentales (DSM-IV) (23), En su más reciente versión (DSM-V), de 2013, se reemplazó el

nombre de dicho especificador por el de “periparto”, pudiendo aplicarse a todo episodio depresivo de comienzo en el embarazo o en las cuatro semanas después del parto. (24)

La depresión postparto (DPP) es la complicación psiquiátrica más frecuente del postnatal y, dadas sus potenciales repercusiones en el bienestar de la madre y del bebé, su correcto abordaje debe constituir una prioridad en Salud Pública. Además, provee una especial oportunidad de prevención pues está precedida por un “marcador” definido: el nacimiento de un hijo. Se han identificado grupos de riesgo y un período de mayor vulnerabilidad, que son los primeros tres meses del período postnatal. El Manual Diagnóstico y Estadístico de Trastornos Mentales en su quinta edición (DSM-V) (24) incluyó como novedad frente a la versión anterior (23), el trastorno depresivo mayor de inicio en el periparto, considerando su desarrollo durante el embarazo o en las primeras cuatro semanas del postparto.

Dentro de la nomenclatura psiquiátrica, la DPP es definida rigurosamente como un trastorno/episodio depresivo de inicio en el postparto. En el Manual Diagnóstico y Estadístico de los

Trastornos Mentales (DSM IV-TR),¹⁹ la clasificación es la siguiente:

F32.x Trastorno depresivo mayor, episodio único (296.2x)

Mientras que en el CIE-10: trastornos mentales y del comportamiento, la categorización aparece como:

F32 Episodio depresivo leve, moderado o grave sin síntomas psicóticos.

F53.0 Trastornos mentales y del comportamiento en el puerperio no clasificados en otro lugar como leves (depresión postnatal/postparto).

En algunos casos, cuando la mujer no cumple con todos los criterios para un trastorno/episodio depresivo, pero presenta síntomas significativos e incapacitantes, la estricta clasificación de ambos compendios puede llegar a dificultar su detección. Aunado a esto, muchas mujeres, al no tener suficiente información pueden suponer que sus síntomas son parte de un proceso transitorio y sin aparente relevancia, o que son comunes y normales dentro de la etapa perinatal. Se ha visto, también, que la familia o los amigos pueden llegar a

manipularlas directa o indirectamente para que no verbalicen sus sentimientos negativos, lo cual se ve reforzado por algunas actitudes sociales de idealizar esta etapa.

Entre los métodos y herramientas para un adecuado diagnóstico se encuentra la Entrevista Clínica Estructurada (SCID I por sus siglas en inglés: Structural Clinical Interview). Es una entrevista semiestructurada para establecer los diagnósticos más importantes del Eje I del DSM-IV, y se utiliza el módulo del estado de ánimo. Aunado al uso del SCID I, existen diversos instrumentos para detectar la DPP, como el Cuestionario de Depresión de Beck II, la Escala de Depresión Postparto,²³ la Escala de Depresión del Centro de Estudios Epidemiológicos y el Cuestionario Sobre la Salud del Paciente. Tanto en nuestro país, como en otras partes del mundo, la Escala de Depresión Postnatal de Edimburgo (EPDS por su abreviatura en inglés: Edinburgh Postnatal Depression Scale), es la prueba más utilizada. Esto debido posiblemente a la accesibilidad de reproducirla sin costo, y a la rapidez y facilidad de su aplicación, calificación e interpretación.

Esta escala fue desarrollada para identificar síntomas depresivos y depresión clínica, específicamente en mujeres puérperas, buscando discriminar aquellos síntomas físicos y psicológicos, propios de la gestación, de los síntomas asociados a la depresión. Es una escala de autoreporte que explora los síntomas comunes de un episodio o de un TDM o menor, que hayan ocurrido 15 días anteriores a su aplicación. La observación de la interacción madre-hijo, así como del bebé, son también herramientas muy valiosas para corroborar y complementar el diagnóstico.

EPIDEMIOLOGIA:

La prevalencia mundial de DPP a lo largo de la vida fluctúa entre 10 y 20%, observándose mayores valores en madres adolescentes (26%) y en los niveles socioeconómicos más bajos (38,2%). Un estudio antropológico publicado a fines de la década 1980 a 1989 sugirió que la DPP era prácticamente inexistente en China, debido a una mayor atención dirigida a la mujer y a las adecuadas redes de apoyo familiar. Estudios posteriores con instrumentos de autoreporte han arrojado tasas entre 0 y 18% en poblaciones diversas de ese país.

Respecto de su prevalencia en el mundo occidental, se han reportado valores más altos en países emergentes que en los desarrollados. Sin embargo, la evaluación de algunos estudios epidemiológicos en DPP no es fácil debido a las variaciones en sus diseños metodológicos (ej. Uso de instrumentos de tamizaje vs detección espontánea de síntomas), y en los tamaños de muestra y en los criterios diagnósticos utilizados. (25)

En Latinoamérica se ha reportado una alta prevalencia de DPP: Chile 50,7% (4), Colombia 32,8% (5), México 32,6% (6), Perú 24,1% (7) y Venezuela 22% (8).

PATOGENIA:

Se desconoce la patogenia de la depresión posparto. Tampoco se sabe hasta qué punto los fundamentos de la depresión posparto difieren de los de la depresión no perinatal, y si la depresión posparto representa un subtipo distinto (reproductivo) de depresión. Los factores involucrados en la depresión posparto pueden incluir susceptibilidad genética, fenómenos epigenéticos (p. Ej., Metilación del ADN) y cambios

hormonales, así como problemas psicológicos y sociales y eventos estresantes de la vida. (28)

- Genética: la vulnerabilidad a la depresión posparto puede involucrar factores genéticos:

Un estudio de registro nacional de hermanas (n > 580,000) encontró que la contribución relativa de los factores genéticos (heredabilidad) a la depresión posnatal fue del 40 por ciento, y la contribución restante fue atribuible a factores ambientales no compartidos (únicos). Otros análisis en el estudio sugirieron que la superposición genética de la depresión perinatal (tanto la depresión prenatal como la postnatal) y la depresión no perinatal fue solo parcial. (26)

Un estudio (n = 328) encontró que, si una hermana tenía un episodio de depresión mayor posparto, el riesgo de un episodio en la otra hermana aumentaba cuatro veces. Otro estudio (n = 90) encontró que en mujeres con antecedentes familiares de depresión mayor posparto estrechamente definida (inicio dentro de las cuatro semanas del parto), el 42 por ciento sufrió depresión después del primer parto. Por el contrario, entre las mujeres sin antecedentes, solo el 15

por ciento sufrió depresión mayor dentro de las cuatro semanas de su primer parto. (26)

- Cambios hormonales: los cambios en las concentraciones séricas de varias hormonas se asocian con la depresión posparto, incluidas las disminuciones de estrógeno y progesterona; otros cambios implican cortisol, melatonina, oxitocina y hormona tiroidea. Aunque los niveles hormonales normalmente fluctúan durante el embarazo y después del parto, el aumento de la sensibilidad a estos cambios normales puede predisponer a las mujeres a la depresión. Como ejemplo, las diferencias en la actividad de ciertos genes en el hipocampo pueden aumentar la vulnerabilidad a la depresión posparto al hacer que las mujeres sean más sensibles a la disminución del estrógeno que se produce después del nacimiento.

La evidencia que apoya la hipótesis de que los factores endocrinos están involucrados en la patogenia de la depresión posparto incluye un estudio diseñado para imitar los cambios hormonales que ocurren en el parto; el estudio comparó ocho mujeres con antecedentes de depresión posparto con ocho

mujeres sin antecedentes de depresión mayor. Todos los sujetos fueron tratados con dosis suprafisiológicas de estrógeno y progesterona, que luego se retiraron durante cuatro semanas. Los síntomas depresivos aumentados durante la fase de abstinencia ocurrieron en cinco de las ocho mujeres con antecedentes de depresión posparto, pero ninguna de las mujeres sin antecedentes de depresión, lo que sugiere que las mujeres con antecedentes de depresión posparto pueden ser inusualmente sensibles a las disminuciones bruscas de hormonas gonadales esteroideas.

La placenta es un órgano endocrino de origen fetal, y la desregulación de la hormona liberadora de corticotropina placentaria puede jugar un papel en el desarrollo de la depresión posparto. Un estudio (n = 100 mujeres embarazadas) mostró que los niveles elevados de hormona liberadora de corticotropina placentaria a las 25 semanas de edad gestacional fueron un fuerte predictor de depresión posparto en un promedio de nueve semanas después del parto. Los niveles anormales de neurotransmisores o actividad también pueden estar involucrados en la patogenia de la depresión posparto. Un estudio en mujeres posparto encontró

que la densidad de la enzima monoamina oxidasa-A en la corteza cingulada anterior y frontal era elevada en mujeres con depresión posparto, en comparación con los controles. La enzima metaboliza los neurotransmisores como la dopamina, la norepinefrina y la serotonina, y el agotamiento más rápido de estos neurotransmisores puede llevar a la depresión. Otros estudios sugieren que la actividad serotoninérgica disminuye durante la depresión posparto. (26)

MANIFESTACIONES CLINICAS

Los síntomas de la DPP son, en general, muy similares a los síntomas de los episodios de depresión que aparecen en otras épocas de la vida.

Los síntomas de la Depresión Mayor son: Ánimo depresivo la mayor parte del tiempo, casi todos los días por dos semanas, pérdida de interés o de la capacidad de gozar de actividades que la persona habitualmente disfruta. Otros síntomas que pueden presentarse: fatiga o falta de energía, inquietud o sensación de enlentecimiento, sentimientos de culpa o

minusvalía, dificultades para concentrarse, alteraciones del sueño, pensamientos recurrentes de muerte o suicidio. (27)

DIAGNOSTICO

Entre los métodos y herramientas para un adecuado diagnóstico se encuentra la Entrevista Clínica Estructurada (SCID I por sus siglas en inglés: Structural Clinical Interview). Es una entrevista semiestructurada para establecer los diagnósticos más importantes del Eje I del DSM–IV, y se utiliza el módulo del estado de ánimo. Aunado al uso del SCID I, existen diversos instrumentos para detectar la DPP, como el Cuestionario de Depresión de Beck II, la Escala de Depresión Postparto, la Escala de Depresión del Centro de Estudios Epidemiológicos y el Cuestionario Sobre la Salud del Paciente. Tanto en nuestro país, como en otras partes del mundo, la Escala de Depresión Postnatal de Edimburgo (EPDS por su abreviatura en inglés: Edinburgh Posnatal Depression Scale), es la prueba más utilizada. Esto debido posiblemente a la accesibilidad de reproducirla sin costo, y a la rapidez y facilidad de su aplicación, calificación e interpretación. (28)

2.2.2. IMPACTO DE LA ENFERMEDAD

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

IMPACTO EN LA MADRE

La enfermedad suele acompañarse de un monto considerable de sufrimiento emocional y ocasiona deterioro importante en la calidad de vida, afectando las diversas áreas de funcionamiento de la paciente.

Además, la mujer que experimenta un episodio depresivo en el posparto queda expuesta a mayor riesgo de futuros episodios depresivos, tanto en nuevos puerperios como en cualquier otro momento de la vida. Aunque las tasas de suicidio en el periodo puerperal son menores que en periodos no puerperales, éste se considera una causa importante de mortalidad materna en algunos países. (29)

IMPACTO EN EL RN

Existe estrecha relación entre la presencia de depresión no tratada en la madre y las alteraciones en varios aspectos de la salud y el desarrollo del niño durante los primeros meses de edad, de las cuales se destacan: mayor incidencia de cólicos y llanto excesivos, trastornos del sueño y expresión de mayores signos de estrés. Cuando la depresión se inicia durante el embarazo puede acompañarse de escaso autocuidado dado por pobre ingesta calórica, disminución de peso, aumento en el consumo de drogas y alcohol, e inasistencia a los controles prenatales, factores que han sido asociados con la presencia de disminución del perímetro cefálico del recién nacido, menor peso al nacer, APGAR más bajo y nacimientos prematuros. (29)

2.2.3.- ESCALA DE EDIMBURGO PARA DEPRESIÓN POSPARTO

(EPDS):

Esta escala fue desarrollada para identificar síntomas depresivos y depresión clínica, específicamente en mujeres púerperas, buscando discriminar aquellos síntomas físicos y

psicológicos, propios de la gestación, de los síntomas asociados a la depresión.

La Escala de Edimburgo para Depresión Posparto (EPDS) fue diseñado y validado por Cox, J. et al en los centros de salud de Livingston y Edimburgo para ayudar a los profesionales de atención primaria en la detección precoz de la depresión posnatal. Se ha demostrado que es sensible para detectar a la población de riesgo. (12)

La Escala de Edimburgo para Depresión Posparto (EPDS) consiste en una escala auto administrada de 10 ítems, en la que se le pide a la mujer que responda cómo se ha sentido en los siete días previos. Para cada pregunta se obtiene un puntaje de 0-3 (de modo que el rango del puntaje final es de 0-30).

La Escala de Edimburgo para Depresión Posparto (EPDS) ha sido validado en nuestro país para realizar múltiples estudios, Mazzotti, G. et al (Perú, 2002) realizó la validación del test de Edimburgo con 321 puérperas atendidas en el Hospital

Nacional Jose Cayetano Heredia donde encontró que el punto de corte óptimo de la EPDS para la población estudiada era 13,5; con este valor se obtuvo una sensibilidad de 84,21% y una especificidad de 79,47% para el diagnóstico de depresión mayor.

2.3.- HIPÓTESIS

- Los factores gineco-obstétricos: edad materna, tipo de parto, paridad, controles prenatales, embarazo planeado, complicaciones perinatales, enfermedad asociada durante el embarazo, antecedente de haber sufrido depresión o familiares de primer grado que hayan sufrido de depresión y los sociodemográficos: nivel educativo, estado civil, la condición de vivir sola de la paciente, el apoyo de la familia, la ocupación de la paciente, están asociados a depresión postparto en puérperas de edad fértil ideal y edades extremas en el servicio de ginecología y obstetricia del Hospital III Emergencias Grau de Lima en el periodo de noviembre a diciembre del año 2018.

CAPÍTULO III

MATERIAL Y MÉTODOS

3.1.- DISEÑO DEL ESTUDIO

Durante los meses de noviembre y diciembre del año 2018 se realizó un estudio observacional descriptivo, transversal, prospectivo.

3.2.- POBLACIÓN

La población de estudio está constituida por todas las pacientes que acudieron a su atención de parto (vía vaginal o cesárea), en edad fértil ideal y edades extremas del servicio de ginecología y obstetricia del Hospital III Emergencias Grau de Lima en el período de noviembre a diciembre del año 2018.

Durante los meses de noviembre y diciembre del año 2018, acudieron 485 pacientes, de estos 216 pacientes tuvieron parto vaginal y 269 pacientes se les realizó cesárea. Cumplieron todos los criterios 468

pacientes, es decir nuestra población original de 485 pacientes se redujo a una población de 468 pacientes.

3.4.- CRITERIOS DE INCLUSIÓN

- Pacientes en puerperio inmediato/mediato que acudieron a su atención de parto (vía vaginal o cesárea) sin restricción de edad que estén de acuerdo a participar en el estudio.

3.5.- CRITERIOS DE EXCLUSIÓN

- Pacientes puérperas que no estén de acuerdo a participar en el estudio.
- Pacientes puérperas que no contestaron todas las preguntas de la EPDE.
- Pacientes puérperas con trastornos mentales (esquizofrenia, trastorno bipolar).

3.6. VARIABLES:

3.6.1. VARIABLE DEPENDIENTE: PRESENCIA DE DEPRESIÓN POSTPARTO EN PUERPERIO INMEDIATO/MEDIATO.

- Condición de presentar depresión postparto en puerperio inmediato/mediato mediante la utilización de un cuestionario autoadministrado, la Escala de Edinburgo para Depresión Postparto (EPDS), instrumento de auto reporte, el cual ha sido validado en múltiples países, estimándosele una sensibilidad cercana al 100% y una especificidad de 82% para evaluar la intensidad de la depresión durante el posparto.

3.6.2. VARIABLES INDEPENDIENTES: FACTORES GINECO-OBSTETRICOS Y SOCIODEMOGRAFICOS ASOCIADAS A PUÉRPERAS EN EDAD FÉRTIL IDEAL Y EDADES EXTREMAS

- Conjunto de factores gineco-obstétricas (Edad materna, tipo de parto, paridad, controles prenatales, embarazo planeado, complicaciones perinatales, enfermedad asociada durante el embarazo, antecedente de haber sufrido depresión o familiares de primer grado que hayan sufrido de depresión) y

sociodemográficas (Nivel educativo, estado civil, vive sola, apoyo de la familia, ocupación) asociadas a pacientes con depresión postparto.

3.7 OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES

1.Variable	2.Tipo de variable	3.Operacio_ nalización	4.Categoría o dimension	5.Definición
✓ Puntuación de depresión				
Depresión postparto	Cualitativo	Mujeres que obtengan puntuación mayor a 13 puntos en la escala de Depresión Posnatal de Edimburgo.	<ol style="list-style-type: none"> 1. Disforia 2. Ansiedad 3. Sentimiento de culpa 4. Dificultad para la concentración 5. Ideación suicida 	Trastorno del estado de ánimo que puede ocurrir en el puerperio de acuerdo a las categorías de depresión Post Parto según la puntuación de la Escala de Edimburgo.
✓ Características gineco-obstetricas asociadas al paciente:				
Edad materna	Cuantitativa	Edad en años del paciente.	<p>Adolescente < o =19</p> <p>Adulto >19 a <35 años</p> <p>Añosa ≥ 35</p>	Años de vida desde el nacimiento.

Tipo de parto	Cualitativo	Forma en la que se dio el parto. Se preguntará verbalmente y se clasificará la resolución del embarazo: cesárea, vía vaginal	Vaginal Cesáreas	El parto es el mecanismo por el cual una vez completado el desarrollo del nuevo ser, se produce la expulsión del feto desde el claustro materno al exterior.
Paridad	Cuantitativo	Número de partos en la vida de la paciente incluyendo el último episodio de parto.	Primípara Segundípara Multipara	Número total de recién nacidos a término, pretermino, abortos.
Embarazo planeado	Cualitativo	Se preguntará verbalmente si fue embarazo planeado o no.	Si No	Definido como aquel estado de gravidez que ha sido buscado y/o previamente planificado por la pareja.
Controles prenatales	Cuantitativo	Número de controles prenatales según su tarjeta de controles prenatales	<4 4 a 5 >6	Número de controles prenatales de la paciente durante su gestación.

Complicaciones perinatales	Cualitativo	Presencia de complicaciones perinatales	Si No	Toda alteración médica que presenta el feto o neonato nacido de una madre desde las 28 semanas hasta el 7º día de vida.
Enfermedad asociada durante el embarazo	Cualitativo	Comorbilidades del paciente durante la gestación	Ninguna HTA DM gestacional Preeclampsia Eclampsia ITU Otros	Situación de padecer 2 o más enfermedades al mismo tiempo
Antecedente de depresión de la paciente	Cualitativo	Presencia de haber sufrido depresión anteriormente.	Si No	Diagnóstico de depresión previa.
Antecedente de depresión de familiares de primer grado	Cualitativo	Presencia de familiares de primer grado que han sufrido depresión anteriormente.	Si No	Diagnóstico de depresión previa realizado en uno de sus familiares de primer grado es decir padres u hermanas (os).

✓ Características sociodemográficas del individuo				
Nivel educativo	Cualitativo	Nivel de educación que el paciente alcanzo	Sin educación Educación inicial Educación primaria Educación secundaria Educación superior	Referente al último nivel educativo que el paciente alcanzo.
Estado civil	Cualitativo	Condición civil de las mujeres púerperas durante la aplicación de la encuesta.	Soltera Casada Divorciada Viuda Conviviente	Es la situación de las personas físicas determinada por sus relaciones de familia, provenientes del matrimonio o del parentesco, que establece ciertos derechos y deberes.
Vive solo	Cualitativo	Si vive con alguna persona o vive solo (a)	Si No	Con respecto si vive solo o no.
Apoyo de la familia	Cualitativo	Siente la púerpera el apoyo de su familia.	Si No	Con respecto si la paciente siente el apoyo de su familia o no.
Ocupación	Cualitativo	Condición laboral que desempeña el paciente	Estudiante Con empleo Desempleado(a) Independiente Labor en casa	Trabajo que desempeña una persona

3.8.- TÉCNICAS E INSTRUMENTOS PARA RECOLECCIÓN DE LOS DATOS

Se realizará mediante la aplicación de la Escala de Edimburgo para Depresión Posparto (EPDS) (anexo 01) a las pacientes puérperas que acudieron a su atención de parto (vía vaginal o cesárea) que fueron hospitalizadas en el servicio de ginecología y obstetricia del Hospital III Emergencias Grau de Lima en el periodo de noviembre 2018 a diciembre del año 2018, que cumplieron los criterios establecidos. Los datos fueron recolectados en una ficha de recolección de datos elaborada para este fin (anexo 02) y luego procesados con ayuda de un paquete estadístico.

VALIDACIÓN Y CONFIABILIDAD DEL INSTRUMENTO:

La Escala de Edimburgo para Depresión Posparto (EPDS) fue diseñado y validado por Cox, J. et al en los centros de salud de Livingston y Edimburgo para ayudar a los profesionales de atención primaria en la detección precoz de la depresión posnatal. Se ha demostrado que es sensible para detectar a la población de riesgo.

(12)

Según Oquendo M, y col. La Escala de Edimburgo ha mostrado ser un buen método de pesquisa precoz de la DPP, puesto que la mayoría de las madres con test positivos (EPDS +), al aplicárseles la Encuesta Diagnóstica para Depresión según DSM-IV se les ha confirmado el diagnóstico de depresión. Los resultados de esta investigación demuestran un riesgo elevado de depresión, con pruebas de tamizaje positivo en alrededor del 90%, mostrando el instrumento una alta sensibilidad (90%) similar a la reportada por otros autores.

La Escala de Edimburgo para Depresión Posparto (EPDS) ha sido validado en nuestro país para realizar múltiples estudios, Mazzotti, G. et al (Perú, 2002) (30) realizó la validación del test de Edimburgo con 321 puérperas atendidas en el Hospital Nacional José Cayetano Heredia donde encontró que el punto de corte óptimo de la EPDS para la población estudiada era 13,5; con este valor se obtuvo una sensibilidad de 84,21% y una especificidad de 79,47% para el diagnóstico de depresión mayor. Ninguna mujer con puntuación menor de 7 tuvo depresión mayor (sensibilidad y valor predictivo negativo 100%). Se halló un coeficiente de correlación de 0,4478

entre la puntuación de la EPDS y el número de síntomas del criterio A de depresión mayor del DSM-IV (anexo 03).

PUNTUACIÓN DE LA ESCALA DE EDIMBURGO PARA DEPRESIÓN POSPARTO (EPDS):

La escala ha sido traducida a más de diez idiomas y validada en diferentes países de culturas y lenguas diversas. (12) Este test consiste en un registro de auto aplicación, que consta de 10 preguntas con cuatro opciones de respuesta cada uno; las opciones tienen un puntaje que varía de 0 a 3 puntos, de acuerdo a la severidad de los síntomas, de modo que al final de la prueba, el puntaje varía entre 0 a 30 puntos. La escala mide la intensidad de los síntomas depresivos; 5 de estas preguntas incluyen la disforia, 2 están relacionados con la ansiedad, 1 con el sentimiento de culpa, 1 con las ideas suicidas y 1 con la dificultad de concentración.

Según los resultados obtenidos, las puérperas se clasificaron en tres grupos:

- EPDS menor que 10: sin riesgo de depresión posparto
- EPDS 10 - 13: puntaje límite para riesgo de depresión
- EPDS mayor a 13: puntaje indicador de depresión.

3.9.- PROCESAMIENTO Y ANÁLISIS DE DATOS

Para la realización del presente trabajo se utilizarán varios instrumentos, descritos a continuación:

- Para recabar los datos requeridos usamos una ficha de recolección de información elaborada por el investigador (Anexo 01).
- Para el manejo de los datos creamos una hoja de cálculo que sirvió para la tabulación de los datos.
- Para el análisis estadístico usamos un paquete de Software estadístico de utilidad ampliamente aceptada.

Se utilizó como medidas estadísticas descriptivas la distribución de frecuencias y porcentaje. Con los datos obtenidos, luego de ser tabulados mediante el uso de una base de datos en una hoja de cálculo de Excel 2016, se elaboraron cuadros estadísticos de frecuencia porcentual, en la que se relacionan las variables de estudio. Y para determinar el grado de dependencia o asociación entre las variables, se utilizó la prueba estadística del Chi Cuadrado (χ^2), a través del paquete estadístico SPSS v 25. Para todas las pruebas se usó intervalo de confianza del 95% con un nivel de significancia $p < 0,05$.

CAPÍTULO IV

DE LOS RESULTADOS

4.1 RESULTADOS

Tras el resultado de la información y análisis de datos, se obtuvieron los siguientes resultados.

TABLA N° 01

DISTRIBUCIÓN SEGÚN EDAD DE PUÉRPERAS EN EDAD FÉRTIL IDEAL Y EDADES EXTREMAS EN EL SERVICIO DE GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA DEL HOSPITAL III EMERGENCIAS GRAU DE LIMA, NOVIEMBRE A DICIEMBRE DEL 2018

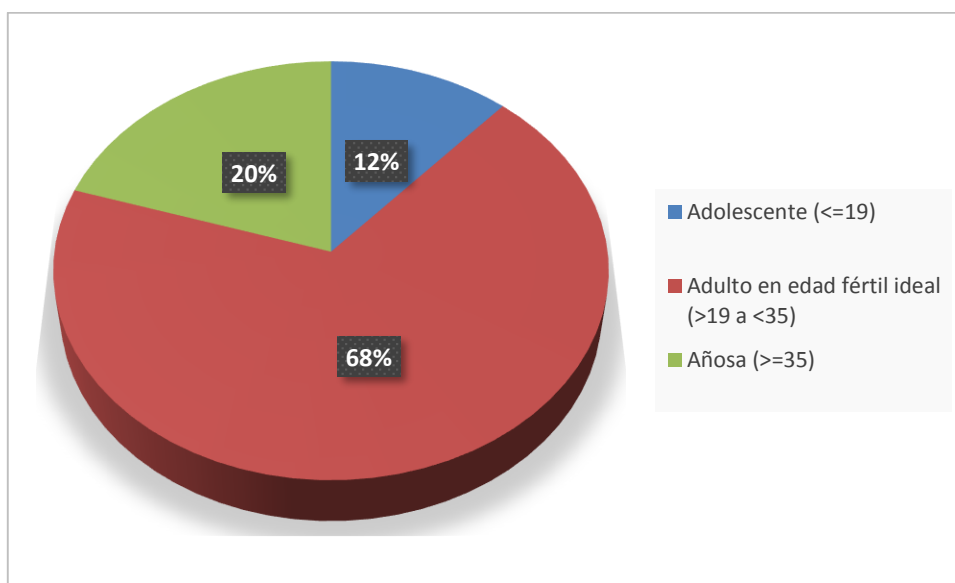
	FRECUENCIA	PORCENTAJE %
ADOLESCENTE (<=19)	54	11,5
EDAD EN AÑOS ADULTO EN EDAD FÉRTIL IDEAL (>19 A <35)	320	68,3
AÑOSA (>=35)	94	20
TOTAL	468	100.0

FUENTE: Ficha de Recolección de Datos. HEG III – Lima, noviembre a diciembre 2018

Como podemos observar el total de pacientes que participo fue de 468 puérperas, donde el grupo predominante fue conformado por puérperas en edad adulta reproductiva ideal (68,2%), seguidas de puérperas añosas (20%) y puérperas adolescentes (11,5%), considerados estos dos últimos grupos como puérperas en edades extremas.

GRÁFICA N° 01

DISTRIBUCIÓN SEGÚN EDAD, DE PUÉRPERAS EN EDAD FÉRTIL IDEAL Y EDADES EXTREMAS EN EL SERVICIO DE GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA DEL HOSPITAL III EMERGENCIAS GRAU DE LIMA, NOVIEMBRE A DICIEMBRE DEL 2018



FUENTE: Ficha de Recolección de Datos. HEG III – Lima, noviembre a diciembre 2018

TABLA N° 02

INCIDENCIA DE DEPRESIÓN POSTPARTO DE LAS PUÉRPERAS EN EDAD FÉRTIL IDEAL Y EDADES EXTREMAS EN EL SERVICIO DE GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA DEL HOSPITAL III EMERGENCIAS GRAU DE LIMA, NOVIEMBRE A DICIEMBRE DEL 2018

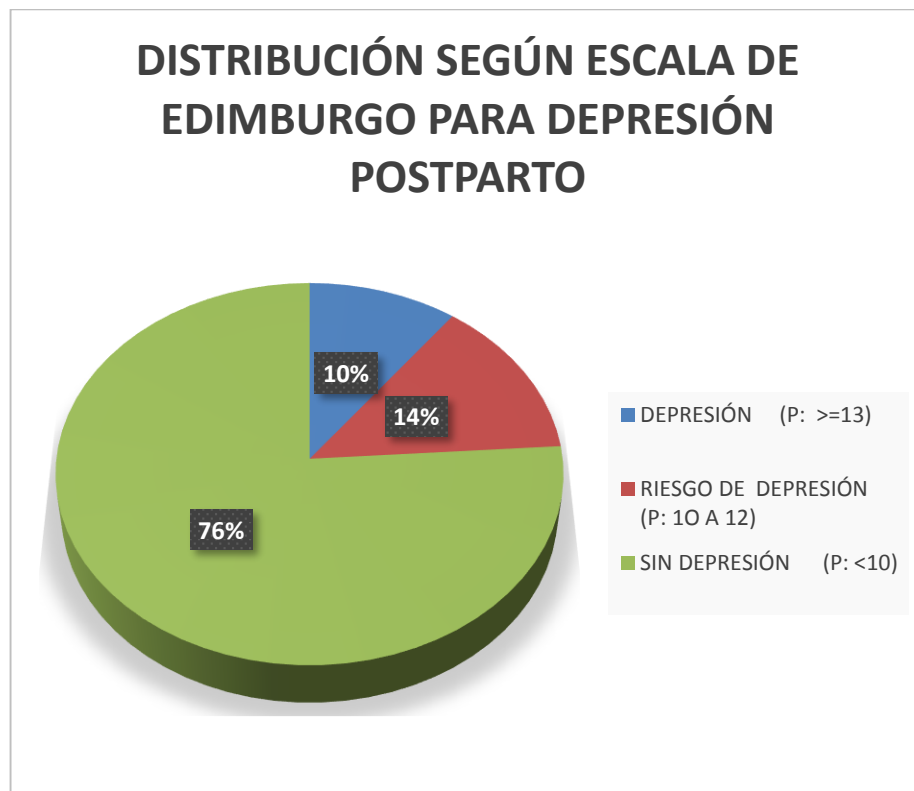
	FRECUENCIA	PORCENTAJE %
DEPRESIÓN (P: >13)	48	10,3
DEPRESIÓN SEGÚN ESCALA DE EDIMBURGO		
RIESGO DE DEPRESIÓN (P: 10 A 13)	64	13,6
SIN DEPRESIÓN (P: <10)	356	75,9
Total	468	100,0

FUENTE: Ficha de Recolección de Datos. HEG III – Lima, noviembre a diciembre 2018

Al aplicarse la Escala de Edimburgo para depresión postparto se observa que 10,3% presentó depresión (puntuación mayor a 13); el 13,6% presento riesgo de depresión (puntuación de 10 a 13) y el 75,9% no presento depresión (puntuación menor a 10).

GRAFICA N° 02

INCIDENCIA DE DEPRESIÓN POSTPARTO EN PUÉRPERAS DE EDAD FÉRTIL IDEAL Y EDADES EXTREMAS EN EL SERVICIO DE GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA DEL HOSPITAL III EMERGENCIAS GRAU DE LIMA NOVIEMBRE A DICIEMBRE DEL 2018



FUENTE: Ficha de Recolección de Datos. HEG III – Lima, noviembre a diciembre 2018

TABLA N° 03

INCIDENCIA DE DEPRESIÓN POSTPARTO SEGÚN ESCALA DE EDIMBURGO DE ACUERDO A GRUPO ETARIO DE LAS PUÉRPERAS EN EDAD FÉRTIL IDEAL Y EDADES EXTREMAS EN EL SERVICIO DE GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA DEL HOSPITAL III EMERGENCIAS GRAU DE LIMA, NOVIEMBRE A DICIEMBRE DEL 2018

GRUPO ETARIO	POBLACIÓN DE ESTUDIO		POBLACIÓN CON DEPRESIÓN		% DE INCIDENCIA
	Frecuencia total: 468	Porcentaje 100%	Frecuencia total: 48	Porcentaje 100%	
ADOLESCENTE (<=19)	54	11,5	8	16,7	14,8
ADULTO (>19 A <35)	320	68,3	28	58,3	8,75
AÑOSA (>=35)	94	20	12	25	12,7

FUENTE: Ficha de Recolección de Datos. HEG III – Lima, noviembre a diciembre 2018

En el siguiente cuadro se observa que 8 de las 54 pacientes puérperas adolescentes presentaron depresión según la escala de Edimburgo (14,8%); seguida por el grupo de puérperas añosas donde el 12,7% de estas presentan depresión postparto y el 8,75% de las pacientes en edad adulta reproductiva ideal presentaron depresión postparto según escala de Edimburgo.

TABLA N° 04

DISTRIBUCIÓN SEGÚN VARIABLES GINECO-OBSTÉTRICOS DE PUÉRPERAS EN EDAD FÉRTIL IDEAL Y EDADES EXTREMAS CON DEPRESION POSTPARTO SEGÚN ESCALA DE EDIMBURGO EN EL SERVICIO DE GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA DEL HOSPITAL III EMERGENCIAS GRAU DE LIMA, NOVIEMBRE A DICIEMBRE DEL 2018

		Frecuencia TOTAL=48	%	Adolescente (<=19)		Adulto (>19 a <35)		Añosa (>=35)	
				total	%	total	%	total	%
TIPO DE PARTO	Vaginal	14	29,2	0	0	12	42,9	2	16,7
	Cesárea	34	70,8	8	100	16	57,1	10	83,3
PARIDAD	Primípara	10	20,8	4	50	4	14,3	2	16,7
	Segundípara	20	41,7	4	50	14	50	2	16,7
	Múltipara	18	37,5	0	0	10	35,7	8	66,7
CONTROLES PRENATALES	<4	6	12,5	2	25	4	14,3	0	0
	4 a 5	10	20,8	0	0	10	35,7	0	0
	>=6	32	66,7	6	75	14	50	12	100
EMBARAZO PLANEADO	SI	24	50	4	50	12	42,9	8	66,7
	NO	24	50	4	50	16	57,1	4	33,3
COMPLICACIONES PERINATALES	SI	10	20,8	2	25	6	21,4	2	16,7
	NO	38	79,2	6	75	22	78,6	10	83,3
ENFERMEDAD ASOCIADA	Ninguna	40	83,3	4	50	28	100	8	66,7
	HTA	0	0	0	0	0	0	0	0
	Preeclampsia	4	8,3	2	25	0	0	2	16,7
	ITU	0	0	0	0	0	0	0	0
	Otros	4	8,3	2	25	0	0	2	16,7
ANTEC DEPRESIÓN DE LA PCTE	SI	6	12,5	0	0	2	7,1	4	33,3
	NO	42	87,5	8	100	26	92,9	8	66,7
ANTEC DEPRESIÓN DE FAMILIAR	SI	4	8,3	0	0	4	14,3	0	0
	NO	44	91,7	8	100	24	85,7	12	100
TOTAL		48	100	8	100	28	100	12	100

FUENTE: Ficha de Recolección de Datos. HEG III – Lima, noviembre a diciembre 2018

En las variables referentes a factores gineco-obstétricos; en lo que compete a tipo de parto predomina la cesárea (70,8%) a diferencia del parto vaginal (14%), además vemos que el 100% de las puérperas adolescentes con depresión postparto presentaron cesárea. Con lo que respecta a paridad predomina segundípara (41,7%), seguido de múltipara (37,5%) y primípara (20,8%).

Lo referente a controles prenatales el 66,7% presentó más de 6 controles, el 20,8% presento entre 4 a 5 controles y el 12,5 % presento menos de 4 controles prenatales. El 50% de las pacientes presento su embarazo de forma planificada y el restante de forma no planificada, a diferencia de las adolescente y adultas, las pacientes añosas presentaron en su mayoría embarazo planeado (66,7%). En el 79, 2% refieren no haber presentado complicaciones perinatales; solo el 20,8 las presentó.

Respecto a enfermedades asociadas durante su embarazo el 83,3% refiere no haberlas presentado y el 8,3% presento ITU durante su gestación. El 87,5% de las puérperas con depresión no presentan antecedentes de depresión; el 12,5% refieren haber presentado depresión en su anterior gestación. Finalmente; solo el 8,3% de las puérperas presentaron antecedentes de depresión de familiar de primer grado.

TABLA N° 05

DISTRIBUCIÓN SEGÚN VARIABLES SOCIODEMOGRÁFICOS DE PUÉRPERAS EN EDAD FÉRTIL IDEAL Y EDADES EXTREMAS CON DEPRESION POSTPARTO SEGÚN ESCALA DE EDIMBURGO EN EL SERVICIO DE GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA DEL HOSPITAL III EMERGENCIAS GRAU DE LIMA, NOVIEMBRE A DICIEMBRE DEL 2018

		Frecuencia TOTAL= 48		Adolescente (<=19)		Adulto (>19 a <35)		Añosa (>=35)	
			%	total	%	total	%	total	%
NIVEL EDUCATIVO	Educación primaria	6	12,5	0	0	4	14,3	2	16,7
	Educación secundaria	24	50	4	50	14	50	6	50
	Educación superior	18	37,5	4	50	10	35,7	4	33,3
ESTADO CIVIL	Soltera	2	4,2	2	25	0	0	0	0
	Casada	10	20,8	0	0	2	7,1	8	66,7
	Divorciada	2	4,2	0	0	2	7,1	0	0
	Conviviente	34	70,8	6	75	24	85,7	4	33,3
VIVE SOLA	SI	0	0	0	0	0	0	0	0
	NO	48	100	8	100	28	100	12	100
APOYO DE LA FAMILIA	SI	42	87,5	8	100	26	92,9	8	66,7
	NO	6	12,5	0	0	2	7,1	4	33,3
OCUPACIÓN	Estudiante	0	0	0	0	0	0	0	0
	Con empleo	24	50	0	0	20	71,4	4	33,3
	Desempleada	0	0	0	0	0	0	0	0
	Independiente	6	12,5	4	50	0	0	2	16,7
	Labor en casa	18	37,5	4	50	8	28,6	6	50
TOTAL		48	100	8	100	28	100	12	100

FUENTE: Ficha de Recolección de Datos. HEG III – Lima, noviembre a diciembre 2018

En lo referente a las variables sociodemográficas, el 50% de las pacientes presentan nivel educativo de secundaria; el 37,5% educación superior y el 12,5% educación primaria.

De acuerdo al estado civil el 70,8% es conviviente, seguido de casada (20,8%), y el 4,2% son madres solteras o divorciadas. En el grupo de las adolescentes 75% presentan el estado civil de conviviente similar al grupo de adultas en edad fértil ideal (85,7%) a diferencia del grupo de pacientes añosas donde 66,7% son casadas. Además, se observa que de las pacientes con depresión postparto ninguna vive sola; el 87,5% refiere sentir el apoyo de su familia.

Finalmente, en lo que se refiere a ocupación el 50% cuenta con empleo; el 37,5% se dedica a labor en casa; el 12,5% trabaja de forma independiente y de la población no se cuenta con puérperas que estén estudiando.

TABLA N° 06

FACTORES GINECO-OBSTÉTRICOS ASOCIADOS A DEPRESIÓN POSTPARTO EN PUÉRPERAS DE EDAD FÉRTIL Y EDADES EXTREMAS EN EL SERVICIO DE GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA DEL HOSPITAL III EMERGENCIAS GRAU DE LIMA EN EL PERIODO DE NOVIEMBRE A DICIEMBRE DEL AÑO 2018.

		PUNTUACION SEGÚN EPDS			Total = 468 100%	Chi-cuadrado de Pearson Significación asintótica (bilateral)	
		DEPRESIÓN (P. >13)	RIESGO DE DEPRESIÓN (P. 10 A 13)	SIN DEPRESIÓN (P. <10)			
EDAD EN AÑOS	Adolescente (≤19)	Recuento	8	14	32	54	0,021
		% del total	1,7%	3,0%	6,8%	11,5%	
	Adulto (>19 a <35)	Recuento	28	40	252	320	
		% del total	6,0%	8,5%	53,8%	68,4%	
	Añosa (≥35)	Recuento	12	10	72	94	
		% del total	2,6%	2,1%	15,4%	20,1%	
TIPO DE PARTO	Vaginal	Recuento	14	28	156	198	0,151
		% del total	3,0%	6,0%	33,3%	42,3%	
	Cesárea	Recuento	34	36	200	270	
		% del total	7,3%	7,7%	42,7%	57,7%	
PARIDAD	Primípara	Recuento	10	22	148	180	0,074
		% del total	2,1%	4,7%	31,6%	38,5%	
	Segundípara	Recuento	20	20	108	148	
		% del total	4,3%	4,3%	23,1%	31,6%	
	Multípara	Recuento	18	22	100	140	
		% del total	3,8%	4,7%	21,4%	29,9%	
CONTROLES PRENATALES	<4	Recuento	6	8	42	56	0,997
		% del total	1,3%	1,7%	9,0%	12,0%	
	4 a 5	Recuento	10	12	68	90	
		% del total	2,1%	2,6%	14,5%	19,2%	
	≥6	Recuento	32	44	246	322	
		% del total	6,8%	9,4%	52,6%	68,8%	
EMBARAZO PLANEADO	SI	Recuento	24	32	204	260	0,398
		% del total	5,1%	6,8%	43,6%	55,6%	
	NO	Recuento	24	32	152	208	
		% del total	5,1%	6,8%	32,5%	44,4%	
COMPLICACIONES PERINATALES	SI	Recuento	10	8	40	58	0,166
		% del total	2,1%	1,7%	8,5%	12,4%	
	NO	Recuento	38	56	316	410	
		% del total	8,1%	12,0%	67,5%	87,6%	

ENFERMEDAD ASOCIADA	Ninguna	Recuento	40	58	304	402	0,665
		% del total	8,5%	12,4%	65,0%	85,9%	
	HTA	Recuento	0	0	2	2	
		% del total	0,0%	0,0%	0,4%	0,4%	
	Preeclampsia	Recuento	4	2	20	26	
		% del total	0,9%	0,4%	4,3%	5,6%	
	ITU	Recuento	0	2	14	16	
		% del total	0,0%	0,4%	3,0%	3,4%	
Otros	Recuento	4	2	16	22		
	% del total	0,9%	0,4%	3,4%	4,7%		
ANTEC DEPRESIÓN DE LA PCTE	SI	Recuento	6	10	32	48	0,236
		% del total	1,3%	2,1%	6,8%	10,3%	
	NO	Recuento	42	54	324	420	
		% del total	9,0%	11,5%	69,2%	89,7%	
ANTEC DEPRESIÓN DE FAMILIAR	SI	Recuento	4	4	10	18	0,098
		% del total	0,9%	0,9%	2,1%	3,8%	
	NO	Recuento	44	60	346	450	
		% del total	9,4%	12,8%	73,9%	96,2%	
Total	Recuento	48	64	356	468		
	% del total	10,3%	13,7%	76,1%	100,0%		

FUENTE: Ficha de Recolección de Datos. HEG III – Lima, noviembre a diciembre 2018

Haciendo un análisis descriptivo podemos decir que de acuerdo a la edad de las puérperas tienen una predilección de tener depresión postparto según la Escala de Edimburgo y utilizando el chi-cuadrado de pearson ($p < 0,005$) con un nivel de significancia (grado de error) del $p = 0,021$ se aprecia que si hay asociación entre la edad de las puérperas y la depresión postparto. En cuanto a las demás variables como tipo de parto, paridad, controles prenatales, embarazo planificado, complicaciones perinatales, enfermedades asociadas durante el embarazo, no se ha encontrado asociación con depresión postparto.

TABLA N° 07

**FACTORES SOCIODEMOGRAFICOS ASOCIADOS A DEPRESIÓN
POSTPARTO EN PUÉRPERAS DE EDAD FÉRTIL Y EDADES EXTREMAS EN
EL SERVICIO DE GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA DEL HOSPITAL III
EMERGENCIAS GRAU DE LIMA EN EL PERIODO DE NOVIEMBRE A
DICIEMBRE DEL AÑO 2018.**

			PUNTUACION SEGÚN EPDS			Total = 468 100%	Chi-cuadrado de Pearson Significación asintótica (bilateral)
			DEPRESIÓN (P. >13)	RIESGO DE DEPRESIÓN (P. 10 A 13)	SIN DEPRESIÓN (P. <10)		
NIVEL EDUCATIVO	Educación primaria	Recuento	6	2	12	20	0,056
		% del total	1,3%	0,4%	2,6%	4,3%	
	Educación secundaria	Recuento	24	32	180	236	
		% del total	5,1%	6,8%	38,5%	50,4%	
	Educación superior	Recuento	18	30	164	212	
		% del total	3,8%	6,4%	35,0%	45,3%	
ESTADO CIVIL	Soltera	Recuento	2	8	32	42	0,048
		% del total	0,4%	1,7%	6,8%	9,0%	
	Casada	Recuento	10	16	114	140	
		% del total	2,1%	3,4%	24,4%	29,9%	
	Divorciada	Recuento	2	0	2	4	
		% del total	0,4%	0,0%	0,4%	0,9%	
	Conviviente	Recuento	34	40	208	282	
		% del total	7,3%	8,5%	44,4%	60,3%	
VIVE SOLA	SI	Recuento	0	4	40	44	0,028
		% del total	0,0%	0,9%	8,5%	9,4%	
	NO	Recuento	48	60	316	424	
		% del total	10,3%	12,8%	67,5%	90,6%	
APOYO DE LA FAMILIA	SI	Recuento	42	60	338	440	0,124
		% del total	9,0%	12,8%	72,2%	94,0%	
	NO	Recuento	6	4	18	28	
		% del total	1,3%	0,9%	3,8%	6,0%	
OCUPACIÓN	ESTUDIAN TE	Recuento	0	4	22	26	0,036
		% del total	0,0%	0,9%	4,7%	5,6%	
	CON EMPLEO	Recuento	24	22	172	218	
		% del total	5,1%	4,7%	36,8%	46,6%	
	DESEMPLE ADA	Recuento	0	2	10	12	
		% del total	0,0%	0,4%	2,1%	2,6%	
	INDEPEDI NTE	Recuento	6	4	48	58	
		% del total	1,3%	0,9%	10,3%	12,4%	
LABOR EN CASA	Recuento	18	32	104	154		
	% del total	3,8%	6,8%	22,2%	32,9%		
Total	Recuento	48	64	356	468		
	% del total	10,3%	13,7%	76,1%	100,0%		

Finalmente, con respecto a las variables sociodemográficas podemos decir que el estado civil de las puérperas tiene una predilección de tener depresión postparto según la Escala de Edimburgo y utilizando el chi-cuadrado de pearson ($p < 0,005$) con un nivel de significancia (grado de error) del $p = 0,048$ se aprecia que si hay asociación entre el estado civil de las puérperas y la depresión postparto. Respecto con la condición de que vive sola o no la paciente, en este caso pese a la condición de no vivir sola se asocia a depresión postparto. Además, que también se ha encontrado asociación entre la ocupación de la paciente y la depresión postparto utilizando el chi-cuadrado de pearson ($p < 0,005$) con un nivel de significancia (grado de error) del $p = 0,036$.

En cuanto a las demás variables como el nivel educativo, y la sensación de apoyo familiar, no se ha encontrado asociación con depresión postparto.

TABLA N° 08

FACTORES ASOCIADOS A DEPRESIÓN POSTPARTO EN PUÉRPERAS ADOLESCENTES EN EL SERVICIO DE GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA DEL HOSPITAL III EMERGENCIAS GRAU DE LIMA EN EL PERIODO DE NOVIEMBRE A DICIEMBRE DEL AÑO 2018.

ADOLESCENTES			PUNTUACION SEGÚN EPDS			Total =54 100%	Chi-cuadrado de Pearson Significación asintótica (bilateral)
			DEPRESIÓN (P: >13)	RIESGO DE DEPRESIÓN (P: 10 A 13)	SIN DEPRESIÓN (P: <10)		
TIPO DE PARTO	Vaginal	Recuento	0	8	20	28	0,006
		% del total	0,0%	28,6%	71,4%	100,0%	
	Cesárea	Recuento	8	6	12	26	
		% del total	30,8%	23,1%	46,2%	100,0%	
NIVEL EDUCATIVO	Educación primaria	Recuento	0	2	4	6	0,002
		% del total	0,0%	33,3%	66,7%	100,0%	
	Educación secundaria	Recuento	4	10	28	42	
		% del total	9,5%	23,8%	66,7%	100,0%	
	Educación superior	Recuento	4	2	0	6	
		% del total	66,7%	33,3%	0,0%	100,0%	
OCUPACIÓN	ESTUDIANTE	Recuento	0	4	14	18	0,00
		% del total	0,0%	22,2%	77,8%	100,0%	
	CON EMPLEO	Recuento	0	0	6	6	
		% del total	0,0%	0,0%	100,0%	100,0%	
	DESEMPLEADA	Recuento	0	2	0	2	
		% del total	0,0%	100,0%	0,0%	100,0%	
	INDEPEDIENTE	Recuento	4	0	0	4	
		% del total	100,0%	0,0%	0,0%	100,0%	
	LABOR EN CASA	Recuento	4	8	12	24	
		% del total	16,7%	33,3%	50,0%	100,0%	
Total	Recuento	8	14	32	54		
	% del total	14,8%	25,9%	59,3%	100,0%		

FUENTE: Ficha de Recolección de Datos. HEG III – Lima, noviembre a diciembre 2018

Como podemos ver en esta tabla, se ha encontrado variables asociadas a depresión postparto en puérperas adolescentes tales como tipo de parto con $P=0,006$; nivel educativo con $P=0,002$ y ocupación con $P<0,001$ todas asociadas con un nivel de significancia (grado de error) del $p<0,05$. No se encontró asociación significativa con respecto a las otras variables.

TABLA N° 09

FACTORES ASOCIADOS A DEPRESIÓN POSTPARTO EN PUÉRPERAS DE EDAD FÉRTIL IDEAL EN EL SERVICIO DE GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA DEL HOSPITAL III EMERGENCIAS GRAU DE LIMA EN EL PERIODO DE NOVIEMBRE A DICIEMBRE DEL AÑO 2018.

ADULTAS EN EDAD FERTIL IDEAL			PUNTUACION SEGÚN EPDS			Total =320 100%	Chi-cuadrado de Pearson
			DEPRESIÓN (P. >13)	RIESGO DE DEPRESIÓN (P. 10 A 13)	SIN DEPRESIÓN (P. <10)		
ESTADO CML	Soltera	Recuento	0	2	16	18	0,00
		% del total	0,0%	11,1%	88,9%	100,0%	
	Casada	Recuento	2	8	78	88	
		% del total	2,3%	9,1%	88,6%	100,0%	
	Divorciada	Recuento	2	0	0	2	
		% del total	100,0%	0,0%	0,0%	100,0%	
Conviviente	Recuento	24	30	158	212		
	% del total	11,3%	14,2%	74,5%	100,0%		
VIVE SOLA	SI	Recuento	0	0	26	26	0,022
		% del total	0,0%	0,0%	100,0%	100,0	
	NO	Recuento	28	40	226	294	
		% del total	9,5%	13,6%	76,9%	100,0%	
OCUPACIÓN	ESTUDIANTE	Recuento	0	0	8	8	0,035
		% del total	0,0%	0,0%	100,0%	100,0%	
	CON EMPLEO	Recuento	20	22	130	172	
		% del total	11,6%	12,8%	75,6%	100,0%	
	DESEMPLEADA	Recuento	0	0	10	10	
		% del total	0,0%	0,0%	100,0%	100,0%	
	INDEPEDIENTE	Recuento	0	2	40	42	
		% del total	0,0%	4,8%	95,2%	100,0%	
LABOR EN CASA	Recuento	8	16	64	88		
	% del total	9,1%	18,2%	72,7%	100,0%		
Total	Recuento	28	40	252	320		
	% del total	8,8%	12,5%	78,8%	100,0%		

FUENTE: Ficha de Recolección de Datos. HEG III – Lima, noviembre a diciembre 2018

En lo referente a factores asociadas a depresión postparto en puérperas de edad fértil ideal se encontró que las variables tales como estado civil ($P < 0,05$), la condición de vivir sola ($P = 0,022$) y ocupación ($P = 0,035$) tienen asociación estadísticamente significativa en este grupo. No se ha encontrado asociación de las demás variables con depresión postparto.

TABLA N° 10

FACTORES ASOCIADOS A DEPRESIÓN POSTPARTO EN PUÉRPERAS AÑOSAS EN EL SERVICIO DE GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA DEL HOSPITAL III EMERGENCIAS GRAU DE LIMA EN EL PERIODO DE NOVIEMBRE A DICIEMBRE DEL AÑO 2018.

AÑOSAS		PUNTUACION SEGÚN EPDS			Total =94 100%	Chi-cuadrado de Pearson
		DEPRESIÓN (P. >13)	RIESGO DE DEPRESIÓN (P. 10 A 13)	SIN DEPRESIÓN (P. <10)		
OCUPACIÓN ESTUDIANTE	Recuento	0	0	0	0	0,049
	% del total	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	
CON EMPLEO	Recuento	4	0	36	40	
	% del total	10,0%	0,0%	90,0%	100,0%	
DESEMPLEADA	Recuento	0	0	0	0	
	% del total	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	
INDEPENDIENTE	Recuento	2	2	8	12	
	% del total	16,7%	16,7%	66,7%	100,0%	
LABOR EN CASA	Recuento	6	8	28	42	
	% del total	14,3%	19,0%	66,7%	100,0%	
Total	Recuento	12	10	72	94	
	% del total	12,8%	10,6%	76,6%	100,0%	

FUENTE: Ficha de Recolección de Datos. HEG III – Lima, noviembre a diciembre 2018

Respecto a factores asociados a depresión postparto en añosas, se encontró que la variable ocupación cuenta con asociación estadísticamente significativa con $P=0,049$.

4.2 DISCUSIÓN

El presente estudio se realizó con la intención de determinar los factores asociados a depresión postparto, es decir hallar los factores gineco-obstétricos y sociodemográficos que estén implicados en el comienzo de la depresión postparto, la cual actualmente constituye un problema de salud pública en varios países, para ello primero se determinó que pacientes cursaban con depresión postparto mediante el empleo de la Escala de Edimburgo para depresión postparto, la cual es ampliamente conocida y muy utilizada para estos fines en distintos países, cabe mencionar que en nuestro estudio se consideró positivo, puntuaciones mayor a 13, ya que esta escala ha sido validada para Perú en el 2002 en el estudio de Mazzotti, quienes consideraron puntuación positiva mayor o igual a 13,5.

En nuestro estudio se contó con 468 pacientes puérperas, el 68,2% corresponde a puérperas en edad fértil ideal, el 20% son puérperas añosas y el 11,5% son puérperas adolescentes, estos valores son esperables ya que la mayor población que acude a su atención de parto son pacientes en edad fértil ideal. Respecto a la incidencia hallada a través de la Escala de Edimburgo para depresión postparto con puntuación considerada positiva mayor a 13 según escala validada para Perú como ya se había mencionado, fue de 10,2%; el 13,6% presenta riesgo de depresión

(puntuación de 10 a 13) y el 75,9% no presenta depresión (puntuación menor a 10); como observamos la prevalencia de depresión postparto en nuestro medio es de 10,2% dicha cifra es menor a estudios anteriores realizados tanto en algunas partes de nuestro país como en otros países de Sudamérica, tales como en el estudio de Ortiz y col., en el hospital Universitario San José de Popayán(HUSJ) (Colombia 2016), que hallaron una incidencia de tamiz positivo para DPP de un 40,20% IC95%; 33%-47%, donde el 93,59% de su población de estudio que tenía depresión postparto pertenecía a estrato socio-económico bajo y el 57,69% procedía de zona rural. En el estudio de Córdova J., en el Hospital II-2 Santa Rosa (Piura-Perú, 2018) la incidencia encontrada fue 34,4%, cabe destacar que en este estudio encontró factores asociados sociodemográficos tales como: ser soltera, analfabetas o estudiar primaria, proceder de zona rural. Sin embargo, nuestra incidencia de 10,2% es similar a la encontrada en el estudio de Guillermo R., en la clínica Good Hope (Miraflores-Lima, 2016) donde la prevalencia es de 9,09%, esto se deba probablemente al nivel socioeconómico, ya que nuestro estudio se ha realizado en un hospital perteneciente al seguro social (EsSalud), lo que implica que el grueso de las pacientes desempeñen un trabajo estable o su pareja cuente con ello, lo que nos indicaría un nivel de vida medio, incluso en algunos casos más pudientes en relación al resto de la población, quizá por ello la incidencia

fue similar al estudio realizado en una clínica privada, a diferencia de las cifras encontradas en estudios realizados en hospitales donde su población en gran parte cuenta con un seguro integral de salud de estado, según nivel socioeconómico.

En lo que respecta a la edad de las pacientes en relación a la incidencia de depresión postparto, a simple vista observamos que 68,3% es conformado por puérperas con depresión postparto en edad fértil ideal, seguido del 25% que son añosas y del 16,7% que son adolescentes, sin embargo para este análisis de debe de tener en cuenta que nuestra población en su gran mayoría es conformada por puérperas en edad fértil ideal, por lo cual, para un mejor análisis se debería de tener en cuenta la prevalencia según grupo etario y es así que encontramos que las puérperas en edades extremas (adolescentes y añosas) son las pacientes que tienen mayor predisposición a presentar depresión postparto, en nuestro estudio observamos que 8 de las 54 pacientes puérperas adolescentes, presentaron puntuación positiva, es decir dentro del grupo de adolescentes el 14,8% presentó depresión postparto; seguida por el grupo de puérperas añosas donde el 12,7% de ellas presentan depresión postparto y del grupo de las pacientes en edad adulta reproductiva ideal con solo 8,75%. También encontramos que la edad se asocia a la depresión postparto con un nivel de significancia de

$P=0,021$ (IC: 95%), y esto concordaría con el estudio de Vega-Dienstmaier quien menciona en su revista luego de haber revisado distintos estudios realizados en Latinoamérica menciona que extremos de edad ser madre joven (< 19 años) o añosa (>34 años) es un factor asociado a depresión postparto; en el caso de puérperas adolescentes cuyo grupo presento mayor porcentaje de depresión postparto en nuestro estudio, probablemente esto se deba por la dificultad de lactancia materna exclusiva, dificultad para criar al bebe, como es mencionado en el estudio de Atencia (Lima 2015), sumado a ello de que esta población en la mayoría enfrentan su primer parto (77,8%) que a veces terminan en cesárea (48%) con todas sus consecuencias relacionadas.

Con respecto al tipo de parto de la población en nuestro estudio el 57,6% fue por cesárea y el 42,2% fue por parto vaginal; del total de las puérperas con depresión postparto el 70,8% fue por cesárea. Dentro del grupo de las adolescentes el 100% de las puérperas con depresión postparto presentaron parto por cesárea, del grupo de adultas en edad fértil el 57,1% y de las añosas el 83,3% fue parto por cesárea, nótese que las puérperas en edades extremas, pertenecen a los grupos con mayor parto por cesárea, en este caso podemos explicar este hallazgo afirmando que la cesárea en las pacientes les provoca mayor estancia hospitalaria, mayor duración de

dolor a comparación de un parto vaginal, como las mismas pacientes afirman en su gran mayoría hubieran preferido un parto vaginal, además también agregan que muchas veces sienten el temor de realizar ciertos movimientos por miedo a “que se le abra la herida”, a veces les provoca temor de caminar cargando a su bebe en los brazos, e incluso en algunos casos les genera problemas con la lactancia materna. Si bien es cierto no encontramos una asociación significativa en el grupo de puérperas en edad fértil ideal y en añosas como factor causante de depresión postparto, si evidenciamos que a la mayoría de las pacientes les provoca cierto grado de afectación. Pero, si encontramos asociación significativa con $p=0,006$ en el grupo de las adolescentes, este hallazgo concuerda con el estudio de Atencia quien encontró que la cesárea es un factor de riesgo para depresión postparto en madres adolescentes (OR=3.08 (1.38-6.87)), con el estudio de Ortiz, donde mencionan que tanto la cesárea programada (OR=0,34 (0,05-1,37)) y sobre todo la cesárea de emergencia (OR=1,37 (0,72-2,62)) son factores de riesgo y con el estudio de Urdaneta y col (Venezuela, 2011) donde mencionan que la cesárea (OR=3,45 (1,29-9,19)) es un factor de riesgo para depresión postparto.

Continuando con las variables gineco-obstétricas, tanto la paridad, embarazo planeado, los controles prenatales, complicaciones perinatales,

y enfermedades asociadas en el embarazo, en nuestro estudio no se encontró asociación como riesgo en relación a depresión postparto en ningún grupo etario, incluso observamos que 66,7% de las puérperas con depresión postparto presentaron más de 6 controles prenatales, 55,6% presento embarazo planeado, 83,3% no presentaron enfermedades asociadas y 79,2% no presentaron complicaciones perinatales, esta última probablemente se deba a que la mayoría de las puérperas tuvo más de 6 controles durante su embarazo, estos hallazgos concuerdan con los siguientes estudios, el de Urdaneta, acerca de la paridad como factor de riesgo a depresión postparto en primigestas y multigestas, encontrando que no tiene asociación significativa; el de Vilouta y col, quien tampoco encontró asociación entre paridad y depresión, de la misma manera refiere que no hay asociación entre enfermedad gestacional y depresión postparto. Castro tampoco encontró asociación significativa entre estas variables y el estudio de Atencia, donde refiere que los controles prenatales no tienen asociación significativa.

En cuanto a la variable antecedente de depresión de la paciente, y el antecedente de depresión familiar, estas sean o no postparto, tampoco encontramos asociación significativa en nuestro estudio; de las pacientes con depresión postparto, en el grupo de adolescentes ninguna presento

este antecedente, en el grupo de las añosas solo 33,3% presentó como antecedente depresión por parte de la paciente, en el grupo de puérperas en edad fértil ideal 7,1% presento antecedente de depresión por parte de la paciente y 14,3% presento antecedente de depresión familiar, quizá se deba a que muchas veces la depresión postparto pasa desapercibida como lo mencionan en diversos estudio tales como el de Latorre y col, y el de Urdaneta, aunque nuestros hallazgo no concuerda con los encontrados en el estudio de Atencia y el de Cordova quienes si encontraron asociación significativa, esta discordancia probablemente se deba a que este dato es rebuscado de forma subjetiva ya que es referido por la paciente.

Continuando con la discusión, ahora veamos las variables sociodemográficas.

En relación al nivel educativo, según Vera (Trujillo, 2013) el grado de instrucción no superior se asocia significativamente con $P=0,001$; en el estudio de Saavedra (Piura, 2017) menciona que el grado de instrucción analfabeta y primaria se asocian a depresión postparto con $P=0,001$. En el estudio de Urdaneta refieren que tener solo primaria (OR 7,14 (2,52-20,21), $p=0,00$) también es factor de riesgo, sin embargo, como hemos visto en nuestro estudio no encontramos asociación significativa como riesgo en

todos los grupos etarios, pero si en el grupo de puérperas adolescentes; queda en discusión por qué en este grupo encontramos asociación significativa, si bien es cierto nuestra variable asociada dista un poco de los estudios mencionados, pero analizando un poco más, llama la atención que en el grupo de puérperas adolescentes de nuestro estudio, el 77,8% tienen educación secundaria y 11,1% educación superior y el 11,1% tiene primaria, sin embargo, observamos que dentro del grupo de puérperas adolescentes con depresión postparto, el 50% presentan educación secundaria y 50% presenta educación superior, lo más probable es porque aún están cursando sus estudios sea en educación secundaria o superior, y como ellas mismas mencionan han tenido que dejar sus estudios o postergarlos, retrasando su formación profesional y sumado a ello que presenten un embarazo no deseado, no planeado, aunque no encontramos asociación de esta última variable como sola, puede que si influya, cabe recalcar que estamos relacionando el nivel educativo con depresión postparto mas no nivel de educación con embarazo.

Con respecto al estado civil, según los estudios tales como el de Castro (Ayacucho, 2018), de Vera (Trujillo, 2013) y de Saavedra (Piura, 2017) encontraron que el estado civil soltera se asocia con depresión postparto de forma estadísticamente significativa. Olórtegui (Trujillo, 2017) en su

estudio de estado civil como factor de riesgo a depresión postparto, encontró que el 42% era soltera, 35% es conviviente y el 23% era casada, todo esto en pacientes puérperas con depresión postparto, pero solo encontró que el estado civil soltera se asocia como factor de riesgo (OR 2,93 (P<0,01)). En nuestro estudio, el grueso de pacientes corresponde al grupo de convivientes, además del grupo de las puérperas con depresión postparto el 73,8% es conviviente, si bien es cierto no hallamos la asociación por cada ítem, pero podemos mencionar que encontramos que el 4,7% de todas las puérperas solteras de nuestro estudio presento depresión, el 7,1% de las casadas, el 12% de las convivientes y 50% de las pacientes divorciadas presentaron depresión postparto.

Respecto a la variable vive sola, en nuestro estudio encontramos que si hay asociación con P=0,028; si bien es cierto ninguna de las pacientes con depresión postparto vive sola, lo que llama la atención pues se esperaría encontrar lo contrario, sin embargo, podemos explicar que esto se deba a la existencia de problemas dentro del hogar, a la violencia física o no de las cuales son víctimas las pacientes en algunos casos y que les predispone a sufrir de depresión, contrastando con ello, en el estudio de Zeballos (Arequipa, 2018) donde aplico el instrumento Índice of Spouse Abuse (escala de violencia de pareja) y encontró que si hay asociación estadística

con violencia física ($P < 0,003$) y violencia no física ($P < 0,007$) con depresión postparto; y en el estudio de Chaparro (Arequipa, 2017) concluyeron que la disfunción familiar es un factor de riesgo para depresión postparto (OR 7,75 (3,01-19,93) y $P < 0,01$).

En nuestro estudio el 87,5% de las pacientes con depresión postparto refieren sentir que, si cuentan con el apoyo de la familia y solo el 12,5% refiere no contar con apoyo familiar, no existiendo significancia estadística ($P = 0,12$), aunque no concuerda con el estudio de Urdaneta quien, si encontró asociación, pero como vemos en nuestro estudio no se encontró asociación estadísticamente significativa, dando a entender que son por los otros factores que la paciente tenga depresión postparto.

Finalmente, con respecto a la variable ocupación, encontramos que si hay asociación significativa con $P = 0,036$. En el grupo de puérperas adolescentes con depresión postparto observamos que todas han dejado su estudio, el 50% se dedica a labor en casa y el otro 50% trabaja de forma independiente; en el grupo de adultas en edad fértil ideal 71,4% cuenta con empleo y 28,6% se dedica a labor en casa y dentro de las puérperas añosas el porcentaje es 50% (33,3 con empleo estable y 16,7 de forma independiente) y 50% respectivamente, por lo que da a entender que así

cuenta con empleo sea o no de forma independiente, o solo se dediquen a labor de casa ambas pueden llegar a influir en la depresión postparto, lo que queda en discusión es que probablemente esto se deba de acuerdo al contexto que esté pasando cada paciente y el estrés que este les genere, en el caso de ejercer un trabajo lo más posible es porque trabajan de forma excesiva como lo menciona en el estudio de Vega-Dienstmaier, no es de más mencionar que hay que tener en cuenta que aparte de realizar su empleo también ejercen labor de casa y las puérperas que se dedican solo a labor en casa da a entender que son económicamente dependientes y esto les hace vulnerables a sufrir violencia sea o no física.

CONCLUSIONES

- La incidencia de depresión postparto es de 10,3%.
- Los factores gineco-obstétricos asociados fueron las edades extremas, es decir ser adolescente y ser añosa ($P=0,021$). Además, en las adolescentes también se asocia el tipo de parto por cesárea ($P=0,006$).
- Los factores sociodemográficos asociados fueron el estado civil ($P=0,048$) en la condición de divorcio, vivir con familiares ($P=0,028$). Además, en las adolescentes también se encontró asociado el nivel educativo ($P=0,02$) secundario (50%) y educación superior (50%). Respecto a la ocupación ($P=0,036$), se asocia la condición de trabajo independiente, empleo y labor en casa.

RECOMENDACIONES

- Considerar a las puérperas en edades extremas (adolescentes y añosas) como pacientes con mayor riesgo de sufrir depresión postparto, por tal motivo establecer mayor vigilancia en el comportamiento de estas pacientes en los respectivos centros de atención tanto en el sector público del estado y privado.
- Promover el parto vaginal con ahínco en las gestantes adolescentes, ya que se ha demostrado el parto por cesárea como un factor asociado a depresión postparto en este grupo de pacientes.
- Implementar un sistema de atención que incluya el tamizaje de depresión postparto durante los controles prenatales y/o controles posteriores al parto, que implique sobre todo a puérperas en edades extremas.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- (1) Sohr-Preston SL, Scaramella LV. Implications of timing of maternal depressive symptoms for early cognitive and language development. *Clin Child Fam Psychol Rev*. 2006; 9: 65-83.
- (2) Toohey J. Depression during pregnancy and postpartum. *Clin Obstet Gynecol* 2012; 55 (3): 788-97.
- (3) Pérez R, y col. Variables posiblemente asociadas a depresión posparto, según escala Edimburgo. *Rev Obstet Ginecol Venez* 2007;67(3):187-91.
- (4) Póo AM, y col. 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* 2008;136(1):44-52.
- (5) Bonilla OA. Depresión y factores asociados en mujeres adolescentes embarazadas y no embarazadas en Medellín (Colombia) 2009. Estudio de corte transversal. *Rev Col Obstet Ginecol* 2010;61(3):207-13.
- (6) Alvarado C, y col. Prevalencia de depresión posnatal en mujeres atendidas en hospitales públicos de Durango, México. *Gac Méd Méx* 2010;146(1):1-9.

- (7) Aramburú P, 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. Rev Peru Epidemiol 2008;12 (3):1-5
- (8) Urdaneta JR, y col. Factores de riesgo de depresión posparto en puérperas venezolanas valoradas por medio de la escala de Edimburgo. Rev Chil Obstet Ginecol 2011;76(2):102-12.
- (9) Molero, K. y cols. Prevalencia de depresión posparto en puérperas adolescentes y adultas. Rev Chil Obstet Ginecol 2014; 79(4): 294 – 304
- (10) Atencia, S. Factores de riesgo para la depresión posparto en madres adolescentes atendidas en el hospital nacional Daniel Alcides Carrion durante abril – junio, 2015. Tesis para optar el título de Licenciada en Obstetricia. UNMSM. Lima – Perú.
- (11) Romero, G. Relación entre características sociodemográficas y riesgo de depresión postparto en puérperas de la Clínica Good Hope noviembre de 2015. Tesis para optar el título de Médico Cirujano. URP. Lima – Perú.
- (12) Cordova, J. Factores asociados a depresión postparto en puérperas atendidas en Hospital II-2 Santa Rosa Durante

septiembre-diciembre, 2017. Tesis para optar el título de Médico Cirujano. UNP. Piura-Perú.

(13) Zeballos G. Relación entre el índice de violencia en la pareja y riesgo de depresión postparto en puérperas mediatas del Hospital III Yanahuara, Arequipa, enero- febrero 2018. Tesis para optar el título de Médico Cirujano. UCSM. Arequipa -Perú.

(14) Castro C. Factores sociodemográficos y psicosociales asociadas a la depresión en el puerperio inmediato del servicio de gineco obstetricia del Hospital de Apoyo Jesús Nazareno. Ayacucho, noviembre – 2017 marzo – 2018. Tesis para optar el título de obstetra. Universidad Nacional de San Cristóbal de Huamanga. Ayacucho-Perú.

(15) Saavedra M. Factores asociados a depresión postparto en mujeres atendidas en el Hospital II-2 Santa Rosa durante septiembre-diciembre, 2015. Tesis para optar el título de Médico Cirujano. UCV. Piura – Perú.

(16) Chaparro Q. Disfunción familiar como factor de riesgo para depresión en el puerperio inmediato en el Hospital Regional Honorio Delgado Espinoza de Arequipa. 2017. Tesis para optar el título de Médico Cirujano. UCSM. Arequipa-Perú.

- (17) Olórtegui R. Estado civil como factor de riesgo de depresión postparto en puerperas del Hospital Belén de Trujillo. Tesis para optar el título de Médico Cirujano. Universidad Privada Antenor Orrego. Perú. 2017.
- (18) La torre, J. Depresión postparto en Bucaramanga, factores de riesgo. Estudio de cohorte. Colombia. 2005.
- (19) Carrillo, M. Factores asociados a depresión posparto en mujeres que acuden al Hospital General de ECATEPEC “dr. José María Rodríguez”, 2012. Tesis para obtener el diploma de especialista en medicina familiar. Toluca-México 2013.
- (20) Urdaneta J. y cols. Factores de riesgo de depresión posparto en puérperas venezolanas valoradas por medio de la escala de Edimburgo. Rev chil obstet ginecol 2011; 76(2): 102-112
- (21) Urdaneta J. y cols. Prevalencia de depresión posparto en primigestas y multíparas valoradas por la escala de Edimburgo. Venezuela. Rev chil obstet ginecol 2010; 75(5): 312 – 320
- (22) Molero, K. y cols. Prevalencia de depresión posparto en puérperas adolescentes y adultas. Venezuela. Rev chil obstet ginecol 2014; 79(4): 294 – 304
- (23) Asociación Americana de Psiquiatría. Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales, cuarta edición revisada.

Breviario (DSM-IV-TR). Barcelona, España: Editorial Masson S.A.; 2003. p. 191-2.

- (24) Asociación Americana de Psiquiatría. Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales, quinta edición (DSM-V). Arlington-EE.UU., 2013. Disponible en: www.dsm.psychiatryonline.org. [Consultado en octubre de 2018].
- (25) Constanza, B. y col. Actualización en depresión postparto: el desafío permanente de optimizar su detección y abordaje. Rev Med Chile 2015; 143: 887-894
- (26) Dennis CL, Ross L. Relationships among infant sleep patterns, maternal fatigue, and development of depressive symptomatology. Birth 2005; 32: 187-193.
- (27) Adele, MD. Unipolar minor depression in adults: Epidemiology, clinical presentation, and diagnosis. UPTODATE. Literature review current through: Feb 2018. | This topic last updated: Nov 09, 2016. Disponible en: <http://teksmedik.com/uptodate18/d/topic.htm?path=postpartum-unipolar-major-depression-epidemiology-clinical-features-assessment-and-diagnosis>
- (28) Jadresic, E. Depresión posparto en el contexto del Hospital General. REV. MED. CLIN. CONDES - 2017; 28(6) 874-880

- (29) Medina, E. Diferencias entre la depresión postparto, la psicosis postparto y la tristeza postparto. *Perinatol Reprod Hum* 2013; 27 (3): 185-193
- (30) Mazzotti, G., Vega-Dienstmaier J., Campos, M. Validación de una versión en español de la Escala de Depresión Postnatal de Edimburgo, *Actas Españolas de Psiquiatría*. Perú. 2002;30(2): 106-111.

ANEXO 01

Escala de Edimburgo para Depresión Posparto (EPDS) validada en español

1. He sido capaz de reír y ver el lado

bueno de las cosas:

0 Tanto como siempre

1 No tanto ahora

2 Mucho menos

3 No, no he podido

2. He mirado el futuro con placer:

0 Tanto como siempre

1 Algo menos de lo que solía hacer

2 Definitivamente menos

3 No, nada

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

3 Sí, la mayoría de las veces

2 Sí, algunas veces

1 No muy a menudo

0 No, nunca

4. He estado ansiosa y preocupada sin motivo:

0 No, para nada

1 Casi nada

2 Sí, a veces

3 Sí, a menudo

5. He sentido miedo y pánico sin motivo alguno:

3 Sí, bastante

2 Sí, a veces

1 No, no mucho

0 No, nada

6. Las cosas me oprimen o agobian:

3 Sí, la mayor parte de las veces

2 Sí, a veces

1 No, casi nunca

0 No, nada

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

3 Sí, la mayoría de las veces

2 Sí, a veces

1 No muy a menudo

0 No, nada

8. Me he sentido triste y desgraciada:

3 Sí, casi siempre

2 Sí, bastante a menudo

1 No muy a menudo

0 No, nada

9. He sido tan infeliz que he estado llorando:

3 Sí, casi siempre

2 Sí, bastante a menudo

1 Sólo en ocasiones

0 No, nunca

10. He pensado en hacerme daño a mí misma:

3 Sí, bastante a menudo

2 A veces

1 Casi nunca

0 No, nunca

ANEXO 02

Para recabar los datos requeridos usamos una ficha de recolección de información elaborada por el investigador que incluye la Escala de Edimburgo para Depresión Posparto (EPDS) validada en español

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

PUNTUACION:

VARIABLE	CATEGORÍA	VARIABLE	CATEGORÍA
Edad Materna	Adolescente < o =19	Tipo de parto	Vaginal.....
	Adulto >19 a <35 años.....		Cesáreas.....
	Añosa ≥ 35.....		
Paridad	Primípara.....	Embarazo planeado	Sí.....
	Segundípara.....		No.....
	Múltipara.....		
Controles prenatales	<4	Complicaciones perinatales	Sí.....
	4 a 5.....		No.....
	>6.....		
Enfermedad asociada durante el embarazo	Ninguna	Antecedente de depresión de la pcte	Sí.....
	HTA		No.....
	DM gestacional.....	Antecedente de depresión de familiares de primer	Sí.....
	Preeclampsia.....		No.....
	Eclampsia.....		
	ITU.....		
Otros			
Nivel educativo	Sin educación.....	Estado civil	Soltera.....
	Educación inicial.....		Casada.....
	Educación primaria.....		Divorciada.....
	Educación secundaria.....		Viuda.....
	Educación superior		Convivient.....
Ocupación	Estudiante	Vive solo	Sí.....
	Con empleo		No.....
	Desempleado(a)	Apoyo de la familia	Sí.....
	Independiente		No.....
	Labor en casa		

ANEXO 03

Criterios diagnósticos para el episodio depresivo mayor según el DSM-IV-TR

Criterios diagnósticos para el episodio depresivo mayor según el DSM-IV-TR

- | | |
|----|---|
| A. | Cinco o más de los siguientes síntomas de manera constante durante al menos dos semanas: |
| 1. | Tristeza |
| 2. | Pérdida de la capacidad para experimentar placer |
| 3. | Pérdida o aumento de apetito, o pérdida o aumento de peso significativos |
| 4. | Insomnio o hipersomnia |
| 5. | Agitación o enlentecimiento psicomotores |
| 6. | Sentimientos de inutilidad o de culpa excesivos e inapropiados |
| 7. | Disminución de la capacidad para concentrarse, o indecisión |
| 8. | Pensamientos recurrentes de muerte o suicidio |
| B. | Los síntomas no cumplen criterios para un episodio mixto |
| C. | Los síntomas provocan un malestar significativo o deterioro social, laboral o en otras áreas importantes de la vida del individuo |
| D. | Los síntomas no son debidos al efecto de una sustancia o enfermedad médica |
| E. | Los síntomas no se explican mejor por la presencia de un duelo |