

**UNIVERSIDAD NACIONAL DE CAJAMARCA
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD.
ESCUELA ACADÉMICO PROFESIONAL DE
OBSTETRICIA**



TESIS

**FACTORES SOCIALES Y OBSTÉTRICOS ASOCIADOS
AL RIESGO DE DEPRESIÓN POST PARTO EN
PUÉRPERAS ATENDIDAS EN EL HOSPITAL II EsSalud
– CAJAMARCA, 2018.**

Presentada por la Bachiller en Obstetricia

Seiry Jesús Delgado Abad

**Para optar el título profesional de:
OBSTETRA**

Asesora:

Obsta. Dra. Elena Soledad Ugaz Burga

CAJAMARCA- PERÚ, 2019

Copyright © 2018 BY
Seiry Jesús Delgado Abad
Derechos Reservados

SE DEDICA A:

Dios, por la vida y por haber bendecido mi existencia, para llegar hasta donde estoy con éxito.

Mis amados padres, por su amor y apoyo incondicional; porque con su ejemplo y consejos me impulsaron a no desfallecer en mi anhelo de ser profesional.

Mis hermanas; Iris y Jrisanti por su apoyo infinito en esta etapa de mi vida.

Mis entrañables, Aarón y Abraham por ser mi felicidad en momentos de aflicción. Mi hermano, mi sobrino.

Seiry

SE AGRADECE A:

La Universidad Nacional De Cajamarca, mi Alma Mater por acogerme en sus aulas durante mi formación profesional.

La Facultad De Ciencias De La Salud, en especial a los Docentes de la Escuela Académico Profesional de Obstetricia, por contribuir en mi formación profesional.

Mi asesora, Obsta. Dra. Elena Soledad Ugaz Burga, por su apoyo y orientación durante la realización de este trabajo de investigación.

Al Hospital II EsSalud – Cajamarca, por permitirme realizar el presente trabajo de investigación en sus instalaciones.

A mis amigos y familiares que de alguna manera han contribuido con la realización de la presente investigación.

Seiry

ÍNDICE

DEDICATORIA	iii
AGRADECIMIENTO	iv
ÍNDICE	v
ÍNDICE DE TABLAS	vii
RESUMEN	viii
ABSTRACT	ix
INTRODUCCIÓN	1
CAPÍTULO I. EL PROBLEMA	3
1.1. Definición y delimitación del problema	3
1.2. Formulación del problema	5
1.3. Objetivos	5
1.4. Justificación de la investigación	5
CAPÍTULO II: MARCO TEÓRICO	7
2.1. Antecedentes	7
2.2. Bases teóricas	8
2.2.1. Factores sociales	8
2.2.2. Factores obstétricos	11
2.2.3. Puerperio	13
2.2.4. Depresión	14
2.2.5. Riesgo de depresión post parto	14
2.2.6. Etiología de la depresión post parto	15
2.2.7. Cuadro clínico de la depresión post parto	17
2.2.8. Consecuencias de la depresión post parto	18
2.2.9. Diagnóstico de la depresión post parto	19
2.2.10. Escala de depresión postnatal de Edimburgo	19
2.3. Marco conceptual	21
2.4. Hipótesis	21
2.5. Variables	22
2.6. Conceptualización y operacionalización de las variables	23

CAPÍTULO III. DISEÑO METODOLÓGICO	24
3.1. Diseño y tipo de estudio	24
3.2. Área de estudio y población	24
3.3. Muestra y muestreo	25
3.4. Unidad de análisis	25
3.5. Criterios de inclusión y exclusión	26
3.6. Consideraciones éticas	26
3.7. Procedimientos, técnica y descripción del instrumento	26
3.8. Procesamiento y análisis de datos	28
3.9. Control de calidad de datos	28
CAPÍTULO IV. ANÁLISIS Y DISCUSIÓN DE LOS RESULTADOS	29
CONCLUSIONES	47
RECOMENDACIONES	48
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	49
ANEXOS	54

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 01. Factores sociales de las puérperas atendidas en el Hospital II EsSalud Cajamarca, 2018	29
Tabla 02. Factores obstétricos de las puérperas atendidas en el Hospital II EsSalud Cajamarca, 2018	33
Tabla 03. Riesgo de depresión de las puérperas atendidas en el Hospital II EsSalud Cajamarca, 2018	37
Tabla 04. Riesgo de depresión según grupo etario de las puérperas atendidas en el Hospital II EsSalud – Cajamarca, 2018.	38
Tabla 05. Riesgo de depresión según grado de instrucción de las puérperas atendidas en el Hospital II EsSalud – Cajamarca, 2018.	39
Tabla 06. Riesgo de depresión según estado civil de las puérperas atendidas en el Hospital II EsSalud – Cajamarca, 2018.	40
Tabla 07. Riesgo de depresión según ocupación de las puérperas atendidas en el Hospital II EsSalud – Cajamarca, 2018.	41
Tabla 08. Riesgo de depresión según paridad de las puérperas atendidas en el Hospital II EsSalud – Cajamarca, 2018.	42
Tabla 09. Riesgo de depresión según edad gestacional del recién nacido, de las puérperas atendidas en el Hospital II EsSalud – Cajamarca, 2018.	43
Tabla 10. Riesgo de depresión según inicio de control prenatal de las puérperas atendidas en el Hospital II EsSalud – Cajamarca, 2018.	44
Tabla 11. Riesgo de depresión según vía de parto de las puérperas atendidas en el Hospital II EsSalud – Cajamarca, 2018.	45
Tabla 12. Riesgo de depresión según antecedentes obstétricos de las puérperas atendidas en el Hospital II EsSalud – Cajamarca, 2018.	46

RESUMEN

La depresión post parto es un trastorno o episodio depresivo que se inicia posterior al parto y puede mantenerse durante el puerperio, o inclusive puede permanecer después de éste. El presente trabajo de investigación tuvo como objetivo determinar la asociación entre factores sociales y obstétricos, y el riesgo de depresión post parto en puérperas atendidas en el Hospital II EsSalud – Cajamarca en el año 2018. El estudio tuvo un diseño no experimental, de corte transversal; tipo descriptivo correlacional; la muestra estuvo conformada por 294 puérperas que cumplían con los criterios de inclusión y exclusión. Se utilizó como instrumento un cuestionario de recolección de datos elaborado por la autora y la escala de depresión post parto de Edimburgo (EDPE). Los resultados muestran que la mayoría de las puérperas pertenecieron al grupo etáreo de 30 a 34 años de edad, con estudio superior universitario, convivientes y amas de casa. No se encontró asociación significativa entre los factores sociales y el riesgo de depresión post parto; el tipo de parto fue el único factor obstétrico que presentó asociación significativa al riesgo de depresión post parto, según $p = 0,009$. Se concluye que los factores sociales y factores obstétricos no están asociados al riesgo de depresión post parto.

Palabras clave: factores sociales, factores obstétricos, depresión post parto.

ABSTRACT

Postpartum depression is a disorder or depressive episode that begins after childbirth and can be maintained during the postpartum period, or may even remain after the postpartum period. The objective of this research was to determine the association between social and obstetric factors, and postpartum depression in puerperal women attended in EsSalud - Cajamarca in 2018. The study had a non-experimental, cross-sectional design; correlational descriptive type; the sample consisted of 294 puerperal women who fulfilled the inclusion and exclusion criteria. A data collection questionnaire developed by the author and the Postpartum Depression Scale of Edinburgh (EDPE) was used as an instrument. The results show that most of the puerperal women belonged to the age group of 30 to 34 years of age, with higher university studies, cohabitants and housewives. No significant association was found between social factors and postpartum depression; the type of delivery was the only obstetric factor that presented a significant association to postpartum depression, according to $p = 0.009$. It is concluded that social factors and some obstetric factors are not associated and postpartum depression.

Key words: social factors, obstetric factors, postpartum depression.

INTRODUCCIÓN

Las mujeres atraviesan por diversas etapas en la vida, de ellas, el embarazo, el parto y el puerperio representan las más trascendentales, pues están llenas de cambios físico-químicos y psicológicos que podrían generar algún desbalance emocional.

La depresión post parto es una enfermedad que padecen las mujeres después de haber dado a luz, cursa con una profunda tristeza, angustia, ansiedad y melancolía indetectables al inicio, en nuestro medio no se le ha dado la prioridad que merece ya que afecta no solo la salud de las mujeres, sino también el bienestar de las familias y sociedad.

En ese sentido se realizó el presente estudio con el objetivo de determinar la asociación entre los factores sociales y obstétricos, y el riesgo depresión post parto en puérperas atendidas en el Hospital II EsSalud – Cajamarca, respecto a los factores sociales se identificó que en su mayoría las puérperas se encuentran entre los 30 y 34 años de edad, con educación superior universitaria, convivientes y con ocupación su casa, además de parto por cesárea. En cuanto a los factores obstétricos se encontró que las puérperas mayoritariamente fueron multíparas, con parto a término, iniciaron su control prenatal en el primer trimestre, con parto vaginal y no tuvieron antecedentes obstétricos negativos.

Se determinó que existe asociación significativa entre las variables vía del parto y riesgo de depresión, según coeficiente de correlación $p = 0,009$.

La presente investigación está estructurada de la siguiente manera:

CAPÍTULO I: constituida por el problema de investigación en el cual se incluyen: la definición y delimitación del problema, la formulación del problema, los objetivos y la justificación de la investigación.

CAPÍTULO II: conformada por el marco teórico. Forman parte de este capítulo: los antecedentes, las bases teóricas, la hipótesis y las variables.

CAPÍTULO III: en el cual se considera el diseño metodológico, el mismo que contiene: el diseño y tipo de estudio, área de estudio y población, muestra y tamaño de muestra, unidad de análisis, criterios de inclusión y exclusión, principios éticos de la investigación, procedimientos, técnicas e instrumentos de recolección de datos, procesamiento y análisis de datos y control de calidad de datos.

CAPÍTULO IV. Corresponde a este capítulo el análisis y discusión de los resultados.

También forman parte de la presente investigación, las conclusiones, recomendaciones, referencias bibliográficas y los anexos.

La autora.

CAPÍTULO I

EL PROBLEMA

1.1 Definición y delimitación del problema

El puerperio es una etapa donde se presentan diversos cambios bioquímicos, hormonales, psicológicos y sociales, los cuales ocasionan un estado de mayor vulnerabilidad en la mujer, favoreciendo la aparición de trastornos psíquicos (1); siendo el más frecuente la depresión post parto.

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS) (2017) la depresión es un trastorno mental frecuente y una de las principales causas de discapacidad en todo el mundo; afecta a más de 300 millones de personas en todo el mundo, con mayor prevalencia en las mujeres que en los hombres (2). Además, reveló que la depresión se volverá la segunda causa de incapacidad en el mundo para el año 2020, detrás de las enfermedades isquémicas (infartos, coronariopatías, accidente cerebro vascular) mientras que en el año 2002 ocupaba el cuarto lugar. De modo que desde los distintos estamentos sanitarios se está potenciando la investigación para intentar abordar este trastorno mental, siendo que la prevalencia, lejos de disminuir, amenaza con acrecentar a medida que transcurra el siglo XXI (3).

Algunos estudios señalan que la depresión post parto tiene un amplio rango de prevalencias que va desde el 1 al 39%, dependiendo el país y la escala usada. Según la Escala de Depresión Posparto de Edimburgo, en Inglaterra la incidencia de depresión post parto es de 10 a 15% y la prevalencia de 8,2 a 14,9%, los países que presentan una prevalencia de depresión post parto más frecuente son la India (32%), Korea (36%), Guyanas (57%), Taiwán (61%) y en España es de 25,8%. En Estados Unidos la incidencia es de 8 a 26%, en Chile la prevalencia a las 12 semanas post parto es de 43% y la incidencia de 32,5%, y en Brasil es de 12%; (1).

En el año 2013, en Latino América se reportó que entre el 50 y 80% de mujeres sufren algún tipo de alteración durante el puerperio, las cuales pueden ir desde molestias leves y transitorias como la tristeza y el llanto, o inclusive angustia y dificultad para vincularse con su hijo, hasta situaciones graves como inclinaciones suicidas (1).

En el Perú, aproximadamente el 24,1% de mujeres padece de depresión post parto, no obstante esta cifra puede variar, pues no existen muchos estudios relacionados a trastornos del estado de ánimo en el post parto; debido a la falta de información, no son considerados patológicos y suelen atribuirse a una dificultad en la capacidad de la madre o a la falta de fortaleza y determinación para superar un periodo difícil de la maternidad (4).

La depresión post parto es un trastorno o episodio depresivo que se inicia posterior al parto y puede mantenerse durante el puerperio, o inclusive puede permanecer después de éste; diversos estudios han demostrado que, no solamente afecta a la madre con este problema, sino que también repercute en el desarrollo tanto físico como neuropsicológico del recién nacido; así como la relación de pareja; por lo que se puede afirmar que alude a la familia y por ende a la sociedad (1). Es un importante trastorno de la salud mental en la mujer, con una prevalencia tres veces más alta en los países en desarrollo que en los países desarrollados, siendo más frecuente en las mujeres de nivel socioeconómico bajo (5).

Los factores sociales relacionados con esta entidad son: edad, siendo que las adolescentes y las mujeres de edad avanzada cruzan por cambios emocionales y hormonales propios de estas etapas de vida, el grado de instrucción, es un factor que repercute en el estado emocional cuando es bajo, del mismo modo el estado civil es un factor importante ya que las puérperas con unión conyugal tienen fortalecimiento emocional a diferencia de las solteras, así mismo, las puérperas sin ocupación enfrentan problemas económicos que incrementará sus problemas emocionales.

En cuanto a factores obstétricos se han descrito, la paridad, la patología gineco-obstétrica de la mujer, el parto por cesárea, el uso de anestesia en el parto, entre otros (6). Se incluye también la edad gestacional al momento del parto, el inicio de controles prenatales y los antecedentes obstétricos.

A pesar de estas cifras, es difícil determinar la prevalencia real de los trastornos emocionales, porque los estudios difieren extremadamente en lo que se refiere a metodología empleada y a las poblaciones analizadas, pero puede aceptarse que del 10 al 20% de las puérperas son afectadas por esta entidad (4).

En el Hospital II EsSalud – Cajamarca la situación no es diferente, por el contrario se ha podido evidenciar que al consultorio llegan algunas mujeres a su control de puerperio con

estados anímicos que denotan tristeza, angustia, ansiedad, se evidencia que han llorado, estados anímicos que evidencian una posible depresión, sin embargo no se cuentan con cifras estadísticas de depresión post parto, y de igual forma no existen estudios de investigación de esta naturaleza en la región.

Es por esta razón que se pretende realizar el presente estudio con el objetivo de conocer los factores sociales y obstétricos asociados al riesgo de depresión post parto en puérperas atendidas en EsSalud – Cajamarca, 2018.

1.2 Formulación del problema

¿Existe asociación entre factores sociales y obstétricos, y el riesgo depresión post parto en puérperas atendidas en EsSalud Cajamarca, 2018?

1.3 Objetivos

1.3.1 Objetivo general

Determinar la asociación entre factores sociales y obstétricos, y el riesgo de depresión post parto en puérperas atendidas en el Hospital II EsSalud – Cajamarca, 2018.

1.3.2 Objetivos específico

- ✓ Identificar los factores sociales de las puérperas en estudio.
- ✓ Identificar los factores obstétricos de las puérperas en estudio
- ✓ Determinar el riesgo de depresión de las puérperas en estudio.

1.4 Justificación de la investigación

Durante el puerperio acontecen 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. De manera 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 (7).

Es importante conocer los riesgos que conlleva la depresión post parto tanto para la madre como para su hijo, dado que esta es una patología frecuente y subdiagnosticada en la atención médica de primer contacto, es importante que el personal de salud se involucre al

igual que todo el personal que está implicado en la atención de la puérpera, de esta manera se pueda identificar los síntomas desde su inicio o bien, en el momento que la madre tenga contacto con él personal de salud por las implicaciones que presenta para ambos (8).

Debido a una elevada frecuencia de depresión post parto (DPP) reportada a nivel mundial, y que la mayor tasa de afección de DPP predomina más en países subdesarrollados, el presente estudio pretende brindar datos específicos respecto a depresión post parto para que de esta manera se puedan establecer métodos de diagnóstico eficaz, para tratar esta patología a tiempo.

Los datos de prevalencia de esta patología quedarán como un documento oficial, con el cual se pueda tener conocimiento de la realidad en la región; para la sociedad cajamarquina que muchas veces no le brinda la relevancia adecuada a este tipo de trastornos en las mujeres puérperas, para el Hospital II EsSalud – Cajamarca tenga conocimiento de su realidad y pueda tomar las medidas necesarias al respecto.

CAPÍTULO II

MARCO TEÓRICO

2.1 Antecedentes

2.1.1 Antecedentes internacionales

Carrillo, M. (México, 2013) en su estudio formuló como objetivo identificar los factores asociados que causan la depresión pos parto en las mujeres que acuden al Hospital General de Ecatepec Dr. José Ma. Rodríguez, encontró como resultados que el grupo etáreo más frecuente fue de 21 a 25 años. El 77% obtuvo el producto por medio de parto, y el 23% por cesárea. Observó que la frecuencia de depresión post parto en el total de las mujeres en etapa de puerperio encuestadas, fue del 25%, mientras que el 75% restante no la mostraron. De las 77 mujeres con depresión posparto la frecuencia de edad fue de los 15 hasta los 42 años de edad, seguida de 18 años y 30 años con 8 y 6 casos respectivamente. El estado civil predominante fue la Unión Libre en 77%, seguido de las casadas con 13% y por último el 10% fueron solteras, el 58% estudiaron como máximo educación secundaria, 21% educación primaria, 12% bachillerato, 5% y 4% son analfabetas y con carrera técnica respectivamente. Con respecto a la ocupación más frecuente de las mujeres con depresión posparto, fueron empleadas el 3%, seguida de bailarina, comerciante y estudiante, cada una de estas últimas con 1%. El 35% fueron primigestas, 34% segundigestas, 31% multigestas (8).

Santacruz, M; y col. (Ecuador, 2014) en su estudio formularon como objetivo determinar la prevalencia y factores de riesgo de depresión posparto en las madres atendidas en el Hospital José Carrasco Arteaga, en la ciudad de Cuenca. Encontraron como resultados que de acuerdo a la “Escala de Depresión Posparto Edimburgo” (EDPE) existe una prevalencia de 34,3% de depresión pos parto. Los factores de riesgo encontrados fueron: no encontrarse en edad reproductiva ideal: RP: 2,53 Valor de p:

0,022, falta de apoyo familiar durante el embarazo: RP: 7,25 Valor de p: 0,0008 y violencia intrafamiliar: RP: 3,75 Valor de p: 0,0003 (9).

2.1.2 Antecedentes nacionales

Romero, G. (Lima, 2015) en su estudio formuló como objetivo determinar la relación existente entre características sociodemográficas y riesgo de depresión postparto en puérperas atendidas en el servicio de Ginecología y Obstetricia de la Clínica Good Hope, Miraflores - Lima. Encontró como resultados que existe un riesgo de depresión postparto en 20% (riesgo limite10, 91% y probable depresión postparto 9,09%). 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 se encontró asociación entre el riesgo de depresión post parto y las variables sociodemográficas (10).

Atencia, S. (Lima, 2015) en su estudio formuló como objetivo determinar los factores de riesgo para la depresión postparto en las madres adolescentes atendidas en el Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión. Encontró como resultados que los factores obstétricos de riesgo con asociación significativa para depresión posparto fueron: presentar parto por cesárea, y el tener un embarazo no deseado (1).

Lipa, F. (Puno 2014) en su estudio formuló como objetivo determinar la depresión postparto en puérperas primíparas y multíparas del Establecimiento de Salud I-3 José Antonio Encinas de Puno. Encontró que las puérperas primíparas y multíparas presentan depresión con una puntuación mayor de diez puntos, el 42% de primíparas y con el 11,6% de multíparas; al compararlo en las puérperas primíparas y multíparas sin depresión con una puntuación menor de diez puntos, el 34,8% de primíparas y con el 11,6% de multíparas. Se ha determinado de la muestra total con clasificar a las puérperas primíparas y multíparas con depresión postparto que alcanzaron una puntuación mayor de diez puntos, para dar respuesta a los objetivos de estudio (11).

2.2 Bases teóricas

2.2.1 Factores sociales

Existen varios factores sociales de riesgo cuya presencia en una gestante ha sido asociada con la depresión postparto: depresión o ansiedad durante el embarazo (1), además se encuentran relacionados la edad, el nivel educativo, estado civil y ocupación, los cuales serán detallados a continuación.

2.2.1.1 Edad

Es un vocablo que se refiere al tiempo que se vive. Los significados de la edad son una categoría de periodificación no sólo biológica, sino también como un constructo sociocultural y simbólica que nos remite a la ubicación espacio temporal del ciclo de la vida de cada cultura en función de su cosmovisión (16).

Al revisar diversa bibliografía para el presente estudio se descubre que la edad es un factor influyente para los trastornos emocionales, en tal sentido las mujeres que ya dejaron la adolescencia presentan mayor estabilidad emocional para afrontar los cambios del embarazo y el post parto, a diferencia de aquellas que aún cursan por las modificaciones propias del periodo adolescente.

Sin embargo un estudio menciona que, hay que tener presente que la depresión post parto afecta a mujeres de cualquier edad, nivel económico y raíces étnicas, a pesar de ello la incidencia de estos trastornos es relativamente más alta en la población adolescente (11).

2.2.1.2 Nivel educativo

Concierne a cada una de las etapas que forman un tipo educativo. En su mayoría son propedéuticos, y algunos terminales, es decir, el educando puede cursarlos como preparación para ingresar a otro nivel más adelantado, o bien, al concluirlo, ingresar a la fuerza de trabajo (18).

Un estudio hace referencia al nivel educativo, enfatizado que el hecho de tener nivel primario o inferior aumentaba 7 veces el riesgo de presentar depresión post parto, mientras que el haber alcanzado un nivel educativo superior a la primaria tenía un efecto protector (1).

Indagando más a fondo, se ha comprobado una estrecha relación entre la educación y la fecundidad; las mujeres con mayor nivel educativo tienen una menor fecundidad que las que tienen niveles de educación bajo, afectando así a su estabilidad emocional; en virtud de ello la educación influye de manera importante en las actitudes y prácticas relacionadas con la salud y el comportamiento reproductivo de las mujeres, sus actitudes hacia el tamaño ideal de la familia, y la práctica de la planificación familiar (38).

Sistema Educativo Peruano: Organización del desarrollo de la educación en el Perú, que según la Constitución Política del Estado y la Ley General de Educación se organiza en dos etapas: (18).

- Primera etapa: Educación básica: abarca desde la educación inicial, primaria hasta la secundarias, bajo las modalidades de básica regular, básica alternativa y especial.
- Segunda etapa: Educación superior: Comprende las Universidades, Escuelas de Oficiales de las Fuerzas Armadas y Policiales, Seminarios Religiosos, e Institutos Superiores.

2.2.1.3. Estado civil

Según el artículo 1° del decreto 1260 del 70 de la constitución política del Perú 1993, lo define así “el estado civil de una persona es su situación jurídica en la familia y la sociedad, determina su capacidad para ejercer ciertos derechos y contraer ciertas obligaciones, es indispensable, indisponible e imprescriptible y su asignación corresponde a la ley” (11).

En tal sentido los estudios para identificar trastornos no han arrojado resultados consistentes, sin embargo, la carencia de soporte emocional adecuado, o apoyo de pareja, han sido consistentemente identificados como factores de riesgo. Las mujeres que refieren contar con un bajo apoyo conyugal, presentan un mayor riesgo de depresión, pero al tenerlo, este se convierte en un factor protector (1).

En el Perú se reconocen como estado civil: conviviente, casado y soltero, siendo estos primordiales para el riesgo de depresión post parto.

2.2.1.4. Ocupación

Es el tipo de relación que existe entre la persona ocupada y el conductor del centro de trabajo o entre éste y los trabajadores. Una primera distinción básica es si se trabaja en forma dependiente o independiente. Entre las categorías de ocupación se tiene (18).

Al visionar la ocupación como factor influyente; se destaca como un elemento crucial de integridad y salud humana; esta puede constituir un vehículo o forma de dar sentido significativo a la existencia, incidiendo, por tanto, en el bienestar psicológico y, quizá también, espiritual del ser humano (39), siendo así que al no contar con una actividad u ocupación, las mujeres pueden verse envueltas en una serie de preocupaciones y estrés favoreciendo a la aparición de desórdenes emocionales, sobre todo en la etapa del post parto.

Al igual que en muchos países, los cambios económicos, sociales y culturales en la sociedad peruana ha condicionado que la mujer tenga que trabajar también fuera del hogar, situación que, aparte de constituir una sobrecarga de actividad, puesto que las obligaciones que demanda la marcha del hogar no pueden descuidarse, influye en el desarrollo de los hijos e hijas, la integración del hogar, las relaciones con la pareja y en la propia salud de la mujer (11).

Para fines de estudio, la ocupación se ha categorizado en: estudiante, ama de casa, trabajado independiente, empleada del sector público, empleada del sector privado.

2.2.2 Factores obstétricos

Referente a los factores obstétricos, los estudios encontrados abordan diversos de ellos, entre los cuales se priorizan los siguientes.

2.2.2.1 Paridad

Se refiere al número total de partos que ha tenido una mujer, habiendo nacido un feto vivo o muerto independientemente de la salida de la placenta y de la sección del cordón umbilical. (19).

Entre los factores de riesgo más influyentes se describe a la paridad, se ha sugerido que el número de partos está asociado a la depresión posparto; diversas investigaciones han concluido que el nacimiento del primer hijo representa un estrés único y se correlaciona con la depresión de manera más fuerte, que en el caso del segundo o el

tercer parto, sin embargo el número de hijos que tenga la mujer no cambia las probabilidades de desarrollarla (1).

La paridad se clasifica en: primípara, multípara y gran multípara.

2.2.2.2 Edad gestacional

Es la duración del embarazo calculado desde el primer día de la última menstruación normal, hasta el nacimiento o hasta el evento gestacional en estudio. La edad gestacional se expresa en semanas y días completos. Comprende (19).

En cuanto a la edad gestacional, algunos estudios mencionan que en los nacimientos pre término no se ha demostrado que la madre tenga un mayor riesgo para desarrollar una depresión postparto, pero si una mayor probabilidad de presentar un síndrome de estrés postraumático (38).

2.2.2.3 Control prenatal

Es la vigilancia y evaluación integral de la gestante y el feto que realiza el profesional de salud para lograr el nacimiento de un recién nacido sano, sin deterioro de la salud de la madre (20).

Para motivos de estudio se considera el inicio de controles prenatales según trimestre de gestación: (20)

- Primer trimestre: desde la semana 1 hasta la semana 12 de gestación.
- Segundo trimestre: desde la semana 13 hasta la semana 26 de gestación.
- Tercer trimestre: desde la semana 27 hasta el nacimiento.

Continuando la investigación, se puede encontrar que la atención prenatal como factor de riesgo, es definida como una serie de visitas programadas de la embarazada con el proveedor de salud, donde se brindan cuidados óptimos, con el objetivo de vigilar la evolución del embarazo y lograr una adecuada preparación para el parto y cuidados de recién nacido(a) (11), estos controles deben dirigirse además a la esfera psíquica y emocional de la mujer, puesto que la depresión post parto puede tener un antecedente en el periodo antenatal.

La atención prenatal sin duda debe de cumplir con los siguientes requisitos básicos: precoz porque la primera atención se efectúa durante los 3 primeros meses de embarazo; periódica por la frecuencia con que se realizan las atenciones prenatales de las embarazadas; continua por la secuencia de las atenciones que se brindan de forma sistemática e ininterrumpida; completa por el contenido de las atenciones que garantizan el cumplimiento efectivo de las acciones de fomento, protección, recuperación y rehabilitación de la salud de la embarazada; amplia cobertura por el porcentaje de población embarazada que es controlada (37); de esta manera poder detectar a tiempo algún desorden de tipo emocional.

2.2.2.4 Vía del parto

Es la vía de expulsión del producto de la gestación, la placenta y sus anexos por vía vaginal o cesárea, de un feto de más de 500 gr o más de 22 semanas vivo o muerto (21).

En una investigación realizada en el Perú, se observó que existe asociación entre las cesáreas no programadas con el riesgo y/o probable depresión postparto en las púerperas post cesareadas, por lo que el tipo de parto, también constituye un factor de riesgo (1).

2.2.2.5 Antecedentes obstétricos

Son todos aquellos antecedentes obstétricos de la madre que condicionan de manera negativa a la nueva gestación, entre ellos podemos describir: abortos, óbito fetal, malformaciones congénitas y muerte neonatal.

El antecedente de aborto también es un riesgo para la depresión mayor, sobre todo en mujeres con vulnerabilidad a sufrir una depresión, el riesgo es dos veces el de un embarazo normal. En el caso de aborto y mortinato, el riesgo es más alto en los primeros seis meses después de la pérdida del embarazo (29).

2.2.3 Puerperio

Es el periodo inmediatamente después del parto, comprende desde la expulsión de la placenta hasta la normalización de los cambios fisiológicos producidos durante el

embarazo. Es un periodo largo, de aproximadamente seis semanas de duración o hasta la aparición de la primera menstruación (12)

La duración del puerperio es imprecisa, pero la mayoría de los especialistas consideran un lapso de cuatro a seis semanas, definiéndolo en todo caso como el período que incluye las primeras semanas que siguen al parto. Aunque se trata de un período relativamente simple en comparación del embarazo, el puerperio se caracteriza por muchos cambios fisiológicos. Algunos de ellos puede representar sólo molestias menores para la nueva madre, pero es posible también que surjan complicaciones graves (39).

Durante este período se producen transformaciones progresivas de orden anatómico y funcional. Regresan paulatinamente todas las modificaciones gravídicas por un proceso de involución hasta casi restituirlas a su estado previo al embarazo transcurrido. Sólo la glándula mamaria hace excepción a lo expresado, puesto que alcanza gran desarrollo para responder a la lactancia (39).

- Puerperio inmediato: abarca las primeras 24 horas post parto.
- Puerperio mediato: se sitúa entre el segundo y séptimo día post parto.
- Puerperio tardío: comprende después de la primera semana hasta la sexta semana después del parto (retorno de la menstruación) (12).

2.2.4 Depresión

Según la Organización Mundial de las Salud (OMS), La depresión es un trastorno mental frecuente, que se caracteriza por la presencia de tristeza, pérdida de interés o placer, sentimientos de culpa o falta de autoestima, trastornos del sueño o del apetito, sensación de cansancio y falta de concentración; puede llegar a hacerse crónica o recurrente y dificultar sensiblemente el desempeño en el trabajo o la escuela y la capacidad para afrontar la vida diaria. En su forma más grave, puede conducir al suicidio. Si es leve, se puede tratar sin necesidad de medicamentos, pero cuando tiene carácter moderado o grave se pueden necesitar medicamentos y psicoterapia profesional (13).

2.2.5 Riesgo de depresión post parto

La depresión post parto es un trastorno emocional de la esfera psíquica de la mujer en este periodo, que se torna paulatinamente con sentimientos de tristeza, falta de apetito,

sueño constante y desinterés por el mundo que le rodea; sumado a ello se destacan los cambios propios del puerperio, tales como hormonales, físicos y de adaptación emocional a la nueva etapa.

Cabe recalcar que las hormonas inciden sobre el humor, y los cambios hormonales que se producen en el embarazo son grandes. Parece ser importante el nivel absoluto de hormonas pero también el ritmo de cambio de los niveles hormonales; los mayores niveles de estrógeno y progesterona antes del parto y una gran caída de estos niveles después del parto se pueden asociar con un incremento en el riesgo de padecer depresión puerperal. En este contexto, algunos cambios en el estado mental y el funcionamiento pueden ser considerados como una parte normal del proceso. Sin embargo, estos acontecimientos significativos y estresantes de la vida pueden incrementar el riesgo de un trastorno mental y de una nueva recaída precipitando un trastorno preexistente (39).

Es oportuno mencionar que las mujeres que están embarazadas o en el puerperio pueden desarrollar o tener los mismos problemas de salud mental que otros adultos.

2.2.5 Etiología de la Depresión Postparto

Son muchos los factores etiológicos que se han estudiado como predictores de la depresión posparto. Se pueden distinguir varios grupos factores biológicos, psicológicos y factores psicosociales (25).

2.2.6.1. Factores biológicos

Entre los aspectos hormonales, se debe resaltar que el período postparto se caracteriza por un rápido cambio en los niveles circulantes de diferentes hormonas. Durante el embarazo, los niveles de estrógenos (estradiol, estriol y estroma) y de progesterona presentan un aumento constante que, en parte, es el resultado de la producción placentaria de estas hormonas. Con la pérdida de la placenta durante el parto, los niveles de progesterona y estrógenos caen de manera abrupta y alcanzan los niveles previos al embarazo hasta el quinto día del postparto.

- **Esteroides Gonadales** El estradiol y el estriol son las formas biológicamente activas de los estrógenos que son producidos en la placenta y aumentan durante el embarazo entre 100 y 1000 veces, respectivamente.

La síntesis del estríol resulta de la actividad metabólica del hígado fetal; éste se produce en altas concentraciones durante el embarazo. Los estudios en animales han demostrado que el estradiol incrementa la acción neurotransmisora de la serotonina, al aumentar su síntesis y disminuir su recaptación. La brusca disminución en los niveles de estradiol posterior al parto, podría explicar teóricamente la depresión postparto. Sin embargo, si se comparan las mujeres con depresión con aquéllas sin depresión, algunos estudios no han mostrado una asociación significativa entre los niveles de estradiol total y estríol libre entre el final del embarazo y el puerperio.

Los niveles de B endorfina, hormona gonadotropina coriónica humana y cortisol también aumentan durante el embarazo y alcanzan su pico máximo cerca al término del embarazo y declinan en el postparto. Los niveles elevados de estrógenos durante el embarazo estimulan la producción de la globulina fijadora de hormona tiroidea, lo que conduce a un aumento en la fijación de T3 (triyodotironina) y T4 (tiroxina), así como a una caída simultánea de T3 y T4 libre. En consecuencia, la hormona estimulante de la tiroides (TSH) aumenta para compensar la baja cantidad de hormonas tiroideas libres.

- Hormonas Tiroideas La incidencia de la función tiroidea anormal aumenta levemente después del parto. En los seis meses posteriores al parto, las mujeres experimentan algún tipo de disfunción tiroidea, entre un 7 y 23% comparado con un 3 a 4% en la población general (8).

Aunque la disfunción tiroidea no ha sido identificada como un factor determinante en la mayoría de mujeres que desarrollan Depresión Posparto sin Psicosis, puede jugar un papel importante debido a que la disminución de la función glandular puede afectar el estado de ánimo ya que se asocia con la disminución de los niveles de la actividad de la serotonina central (8).

Se han encontrado anticuerpos tiroideos en 11,6% de las mujeres en el posparto lo cual se le atribuye al efecto inmunosupresor de los niveles altos de cortisol durante el embarazo seguido de un fenómeno inmune de rebote después del parto, lo cual produce una alta incidencia de anticuerpos antitiroideos (8)

Existen hallazgos que han apoyado a esta teoría demostrando que existe una mayor incidencia de tiroiditis autoinmune en el período puerperal y la elevada concentración de anticuerpos microsomales y antitiroglobulina entre el cuarto y sexto mes posparto asociado a síntomas depresivos (8).

- Hormonas Hipofisarias Los niveles de prolactina alcanzan valores hasta 140 ng/ml al final del embarazo y declinan a las 3 semanas posteriores al parto. Se ha sugerido

que la prolactina juega un papel importante en esta entidad ya que se ha observado que mujeres no embarazadas que tienen síntomas de ansiedad y depresión presentan estados de hiperprolactinemia patológica (8).

2.2.6.2 Factores psicológicos

El embarazo y el parto precisan la adaptación de la mujer a una serie de cambios. El modelo de madre ideal, abnegada y entregada a su hijo, provoca enfrentamientos intrapsíquicos en la mujer (8).

El tener un hijo para reivindicar la feminidad, abandonar la familia de origen, unir a la pareja, evitar un duelo o satisfacer a un hermanito ocasiona problemas psicológicos que pueden manifestarse durante el embarazo y después de este. Al igual que tener un hijo no deseado provoca desde el inicio alteraciones del vínculo madre-hijo (8).

2.2.6.3 Factores psicosociales

La percepción subjetiva de falta de apoyo que reciben las mujeres tras el nacimiento de sus hijos ya sea para realizar las tareas domésticas, en el cuidado del niño o el apoyo emocional, por parte de familiares o de su pareja, aumenta el riesgo de padecer estos trastornos (8).

La existencia de otros acontecimientos como el cambio de domicilio, la pérdida del puesto de trabajo, el fallecimiento de un familiar o los conflictos con la pareja, son también factores de riesgo para el desarrollo de esta patología (8).

2.2.7 Cuadro clínico de la depresión post parto

2.2.7.1 Alteraciones emocionales Son las más significativas, tristeza, falta de placer, astenia, adinamia, llanto fácil, progresiva del rendimiento y al abandono de las actividades habituales, sobre todo aquellas que requieren una iniciativa personal.

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

- **TRISTEZA** La tristeza es desde luego el síntoma más frecuente de la depresión postparto. Las pacientes se sienten bajas de ánimo, infelices y desgraciadas la mayor parte del tiempo aunque estos síntomas pueden empeorar en algún momento particular del día, como por las mañanas o por las tardes. En ocasiones, las pacientes pasan días malos y días buenos, siendo estos últimos realmente frustrantes ya que el día bueno previo hizo que se albergaran esperanzas de mejorar. A veces, a las pacientes les parece que no merece la pena vivir, precisamente en unos momentos en que deberían sentirse muy alegres (11).

- **PÉRDIDA DE APETITO** Las madres deprimidas generalmente no tienen ni tiempo ni ganas de comer lo cual contribuye a que se sientan malhumoradas y agotadas. Algunas madres deprimidas comen en exceso para aliviar su malestar psicológico y luego se sienten culpables y molestas con su gordura (11).

- **INCAPACIDAD PARA DISFRUTAR** Lo que antes era un placer ahora no apetece y lo que antes interesaba ahora se convierte en aburrido. Esto es especialmente cierto en el caso de las relaciones sexuales. Algunas mujeres recuperan el interés por el sexo (si es que en algún momento lo perdieron) antes de que transcurran 6 semanas del parto, pero las madres con depresión postparto suelen rechazar cualquier contacto sexual lo cual puede generar tensión en la pareja (11).

- **ANSIEDAD** Suele ser aguda y se puede presentar en forma de temor a quedarse sola con el bebé por miedo a que este grite, no quiera comer, se ahogue, se caiga o se haga daño de cualquier otra forma. Algunas madres deprimidas perciben a su bebé como un objeto. En vez de sentir que han dado a luz a la criatura más cariñosa y adorable del mundo se sienten distantes de su hijo, al cual perciben como un pequeño ser misterioso y extraño, cuyos pensamientos (de tener alguno) son insondables y cuyas necesidades y emociones deben ser en algún modo satisfechas. La tarea de la nueva madre deprimida que todavía no se ha "enamorado" de su hijo es realmente dura. No obstante, el amor surge al final, cuando el niño es mayor y más interesante (11).

2.2.8 Consecuencias de la Depresión Posparto.

La existencia de depresión en la madre tiene repercusiones en el desarrollo del niño, las cuales van a depender de la duración de la misma. Las consecuencias más frecuentes son: (26)

2.2.8.1 Alteración en la relación madre-hijo La relación entre ellos se ha definido como negativa cuando la madre se encuentra deprimida caracterizándose por el rechazo, la hostilidad, la crítica y la indiferencia afectiva (26).

2.2.8.2 Alteraciones en el desarrollo cognitivo Rosello y Cols en un estudio realizado en hijos de mujeres primíparas que cursaron con depresión posparto durante el primer año encontraron alteraciones en el desarrollo cognitivo a los 28 meses de edad, sin embargo en este aspecto el estudio aún no es concluyente (26).

2.2.8.3. Alteraciones en la educación de los hijos La crianza de los hijos se ve influida cuando la madre presenta Depresión Posparto (DPP) y la importancia de la crianza sobre el desarrollo social del niño se relaciona con la trascendencia de la estimulación, la sensibilidad, y el contacto materno durante los primeros años de vida y el desarrollo social de los niños (26).

2.2.8.4 Alteraciones en la dinámica familiar La depresión es una enfermedad crónica que afecta la vida familiar y reduce la capacidad de adaptación social tanto de la madre como de la familia (26).

2.2.9 Diagnóstico de la Depresión Postparto

El diagnóstico de la depresión post-parto, se hace clínicamente, mediante entrevistas y cuestionarios, para lograr definir si la madre padece de algún trastorno depresivo que pueda afectar la maternidad (8).

El inventario de depresión posparto de Beck (DBI) y la Escala de Depresión Posnatal de Edimburgo (EDPS) han sido ampliamente utilizadas para evaluar la depresión posparto, el DBI como escala genérica para evaluar sintomatología depresiva y el EDPS como escala específica para evaluar depresión posparto (8).

La detección precoz de estos trastornos es difícil, lo que provoca que su incidencia esté subestimada y que muchas de estas pacientes pasen desapercibidas, ya que en función de las expectativas sociales deben estar contentas y llenas de satisfacción tras el acontecimiento y pueden mostrarse recelosas de revelar sus sentimientos (27).

2.2.10 Escala De Depresión Posnatal De Edimburgo (EDPE)

Fue diseñada en 1987 y validada por sus autores para evaluar específicamente la sintomatología depresiva durante el periodo postnatal. Posteriormente, Murray y Cox

determinaron su validez en las semanas 28 a 34 de gestación, su uso se ha extendido hasta casi cuatro años post parto (28).

Fue seleccionado para el presente estudio debido a que tiene una especificidad del 99% y sensibilidad de 78% a nivel internacional ; y desde marzo del 2002 se encuentra validada en nuestro país por Vega-Dientsmaier J, Mazzoti G. y Campos M. quienes realizaron un estudio en el Hospital Cayetano Heredia (Lima -Perú) con 321 mujeres que tenían menos de 365 días postparto y que acudieron a los consultorios de Planificación Familiar o llevaron a sus hijos a control pediátrico; se excluyó a mujeres analfabetas o que tenían dificultades para comunicarse con el entrevistador (28).

Es así que en base a este estudio podríamos afirmar que la escala de depresión postparto es un registro de autoaplicación, 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 (28).

Se puede ejecutar desde el puerperio inmediato para contribuir a una mejor efectividad en el diagnóstico precoz, en varios estudios se ha demostrado una mayor tasa de prevalencia de este problema, no porque haya aumentado, sino por haber sido diagnosticada oportunamente (28).

- Instrucciones de uso: (28)

- a. Se les pide a la madre que escoja la respuesta que más se asemeje a la manera en que se sintió en los últimos 7 días, anteriores al test.
- b. Tienen que responder las 10 preguntas.
- c. Se debe tener cuidado y evitar la posibilidad de que la madre hable sus respuestas con otras personas.
- d. La madre debe responder la escala ella misma, a no ser que tenga problemas para leer.

- Pautas para la evaluación:

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

Se suman todos los puntos para dar la puntuación total. Una puntuación de 10+ muestra la probabilidad de una depresión, pero no su gravedad. Cualquier número que se escoja

que no sea el “0” para la pregunta número 10, significa que es necesario hacer evaluaciones adicionales inmediatamente. La puntuación de la EDPE está diseñada para asistir al juicio clínico (28).

2.3 Marco conceptual

2.3.1 Factores sociales Son las circunstancias en que las personas nacen, crecen, viven, trabajan y envejecen (15), y son predisponentes para su salud actual.

2.3.2 Factores obstétricos Son todas aquellas características o elementos que afectan a la mujer durante la etapa del embarazo, parto o puerperio (19).

2.3.3 Puerperio Periodo que abarca desde la expulsión de la placenta hasta el reinicio de la menstruación, 40 días aproximadamente.

2.3.4 Depresión trastorno mental frecuente, que se caracteriza por la presencia de tristeza, pérdida de interés o placer, sentimientos de culpa o falta de autoestima (13).

2.3.5 Depresión post parto Se define a la Depresión Post parto (DPP) como un estado de ánimo donde se presentan sentimientos de tristeza, llanto fácil, falta de placer, anorexia, inquietud, disturbios en el sueño y labilidad emocional; su inicio es variable, generalmente ocurre entre las primeras 24 horas o a partir de las dos semanas después del parto (12).

2.4 Hipótesis

Ha. Existe asociación significativa entre factores sociales y obstétricos, y el riesgo de depresión post parto en puérperas atendidas en el Hospital II EsSalud Cajamarca, 2018.

2.5 Variables

2.5.1. Variable independiente

Factores sociales y obstétricos.

2.5.2. Variable dependiente

Riesgo de depresión post parto.

2.6 Conceptualización y operacionalización de variables

VARIABLE	SUB VARIABLE	DIMENSIÓN	INDICADORES	ESCALA
Variable independiente: - Factores sociales y obstétricos (Es cualquier condición, característica o circunstancia social y obstétrica detectable que predispone la presentación de un evento) (15)	Factores sociales	Edad	14-19 años 20-24 años 25-29 años 30-34 años 35-39 años 40- + años	De razón
		Nivel educativo	Educación inicial Primaria incompleta Primaria completa Secundaria incompleta Secundaria completa Superior técnica Superior universitario	Ordinal
		Estado civil	Soltera Conviviente Casada	Nominal
		Ocupación	Estudiante. Su casa. Trabajo independiente. Empleada del sector público. Empleada del sector privado.	Nominal
	Factores obstétricos	Paridad	Primipara Multipara Gran multipara	Ordinal
		Edad gestacional	Pretérmino A término Post término	Nominal
		Inicio de control prenatal	Primer trimestre Segundo trimestre Tercer trimestre	Ordinal
		Vía del parto	Vaginal Abdominal	Nominal
		Antecedente obstétrico	Abortos Óbito fetal Muerte neonatal	Nominal
	Variable dependiente: - Riesgo de Depresión post parto (Trastorno emocional caracterizado por sentimiento exagerados de tristeza, melancolía, abatimiento durante el post parto) (12)	DIMENSIÓN		INDICADORES
	-Sin riesgo de depresión -Riesgo límite de depresión -Probable depresión		< 10 puntos 10-12 puntos ≥ 13 puntos	Ordinal

CAPÍTULO III

DISEÑO METODOLÓGICO

3.1. Diseño y tipo de estudio

El tipo de estudio de la presente investigación correspondió a un diseño no experimental, de corte transversal; tipo descriptivo correlacional.

No experimental Porque no se manipuló deliberadamente ninguna variable.

De corte transversal Porque el estudio se realizó en un solo momento sin hacer cortes en el tiempo y con una población definida.

Descriptivo Porque buscó describir los factores sociales y obstétricos que se encuentran asociados a la depresión post parto.

Correlacional Porque buscó determinar la asociación entre los factores sociales y obstétricos, y la depresión post parto.

3.2. Área de estudio y población

El estudio se llevó a cabo en el distrito de Cajamarca que está ubicado en la zona nor andina del Perú, entre los paralelos 4° 30' y 7° 30' de latitud sur, y los meridianos 77° 47' y 79° 20' de longitud oeste, a 856 km de la capital del país, Lima, a una altitud de 2,720 m.s.n.m. y cuenta con una T° media anual de 18,9°C.

Para obtener el tamaño de la muestra, se tomó como base el número total de partos atendidos en el Hospital II EsSalud – Cajamarca, durante el año 2017, que hacen un total de 1 260 partos en ese año; según la base de datos de Hospital II EsSalud – Cajamarca.

3.3. Muestra y muestreo

Para encontrar el tamaño de la muestra se utilizó el muestreo probabilístico (aleatorio simple) es decir que todos los elementos tuvieron la misma probabilidad de ser elegidos

1.3.1. Tamaño de la muestra

El tamaño de la muestra se calculó para estimar la proporción de puérperas con depresión post parto ($P = 0.50$) con una confianza del 95% y una precisión en la estimación del 5% y se calculó teniendo en cuenta la siguiente fórmula:

$$n \geq \frac{NZ^2PQ}{d^2N + Z^2PQ}$$

$$n \geq \frac{1260(1.96)^2(0.5)(0.5)}{0.05^2(1260) + 1.96^2(0.5)(0.5)}$$

$$n = 294$$

Dónde:

N = Tamaño de la población

n = tamaño de la muestra

Z = 1.96 (nivel de confianza)

P = (0,5) (Proporción de puérperas sin depresión post parto)

Q = (0,5) (Proporción de puérperas con depresión post parto).

d = (0.05) (máximo error permitido).

3.4. Unidad de análisis

La unidad de análisis en la presente investigación estuvo constituida por cada una de las puérperas tardías (entre los 8 y 40 días post parto) atendidas en el Hospital II EsSalud – Cajamarca, en el año 2018.

3.5. Criterios de inclusión y exclusión

3.5.1. Criterios de inclusión

- Puérpera tardía.
- Puérpera de parto vaginal o cesárea.
- Puérpera con nacido vivo.
- Deseo voluntario de participar en la investigación.
- Puérperas en pleno uso de sus facultades mentales.

3.5.2. Criterios de exclusión

- Puérpera con alguna complicación del puerperio.
- Puérpera con nacimiento de un natimuerto.
- Puérpera con recién nacido con malformaciones.

3.6. Consideraciones éticas

Esta investigación se fundamentó en criterios dirigidos a asegurar la calidad y la objetividad de la investigación, como los siguientes:

Autonomía La puérpera, entrevistada tuvo libertad de emitir sus respuestas, sin ser influenciada por parte de otras personas o de la propia investigadora.

No maleficencia La información se obtuvo luego que la puérpera brinde el consentimiento para la entrevista.

Consentimiento informado Luego que la puérpera fue informada, en forma clara y precisa, del propósito de la investigación, emitió su autorización firmando el documento de consentimiento informado.

Privacidad Se respetó el anonimato de la puérpera entrevistada, desde el inicio de la investigación, hasta el final.

Confidencialidad La información personal de la puérpera fue protegida para que no sea divulgada sin su consentimiento.

3.7 Procedimientos, técnicas y descripción del instrumento

Para la realización del presente estudio de investigación, en primera instancia se informó y solicitó permiso al Director del Hospital II EsSalud-Cajamarca, para proceder a realizar la encuesta y así recolectar la información necesaria.

En segunda fase se solicitó el consentimiento y apoyo de las puérperas a quienes se les aplicó el instrumento correspondiente.

Las encuestas a las puérperas tardías fueron aplicadas en consultorio de obstetricia, al realizar su primer y segundo control de puerperio, hasta los 40 días post parto.

Se utilizó la técnica de la encuesta como instrumento:

1. Un cuestionario de recolección de datos, en donde se consignaron los datos personales, sociales y obstétricos de las puérperas como edad, estado civil, procedencia, ocupación, grado de instrucción, vía del parto, paridad, edad gestacional, etc. (Anexo 01).

2. La Escala de Depresión Postnatal de Edimburgo (EDPE) (28). (Anexo 2).

Esta escala 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 (28).

La escala mide la intensidad de los síntomas depresivos (28).

- 5 de estas preguntas incluyen la depresión.
- 2 preguntas están relacionados con la ansiedad.
- 1 preguntas está relacionada con el sentimiento de culpa.
- 1 preguntas está relacionada con las ideas suicidas.
- 1 preguntas está relacionada con la dificultad de concentración.

Según el puntaje alcanzado, clasificamos en tres grupos (28):

- Menor que 10: sin riesgo de depresión posparto
- 10 - 12: puntaje límite para riesgo de depresión
- Mayor o igual a 13: puntaje indicador de depresión.

3.8. Procesamiento y análisis de datos

3.8.1. Procesamiento

El procesamiento electrónico de la información se realizó a través del Programa IBM SPSS Versión 21 y Microsoft Excel para Windows, cuya finalidad es generar una base de datos. El proceso fue orientado a organizar los datos y resumirlos en tablas simples y de contingencia, frecuencias absolutas y relativas, analizando los mismos con indicadores estadísticos como frecuencias, medianas. Para establecer asociación entre las variables se aplicó el Chi cuadrado, válida para determinar asociación que posibilita determinar si existe o no una asociación estadísticamente significativa entre las variables factores sociales y obstétricos y la depresión post parto, considerando un valor de $p \leq 0,05$ como un valor de asociación significativa.

3.8.2. Análisis de datos

Una vez obtenidos los datos requeridos, se procedió a la clasificación, codificación y tabulación de la muestra.

Para la interpretación y análisis se procedió de la siguiente manera:

Fase descriptiva. Consistió en describir los resultados referentes a los factores sociales y obstétricos asociados a la depresión post parto en puérperas.

3.9. Control de calidad de datos

La calidad de los datos dependió fundamentalmente de la funcionalidad del instrumento usado para su recolección, para lo cual se realizó una prueba piloto.

Además, se asumió un 95% de confiabilidad de los resultados ya que los datos fueron recolectados por la misma autora de la investigación.

CAPÍTULO IV

ANÁLISIS Y DISCUSIÓN DE LOS RESULTADOS

4.1 Factores sociales

Tabla 01. Factores sociales de las puérperas atendidas en el Hospital II EsSalud Cajamarca, 2018

Edad	n°	%
14 - 19 años	20	6,8
20 - 24 años	26	8,8
25 - 29 años	81	27,6
30 - 34 años	103	35,0
35 - 39 años	40	13,6
40 a más	24	8,2
Total	294	100,0
Grado de instrucción	n°	%
Educación inicial	1	,3
Primaria incompleta	11	3,7
Primaria completa	29	9,9
Secundaria incompleta	27	9,2
Secundaria completa	76	25,9
Superior técnico	68	23,1
Superior universitario	82	27,9
Total	294	100,0
Estado civil	n°	%
Conviviente	187	63,6
Casada	94	32,0
Soltera	13	4,4
Total	294	100,0
Ocupación	n°	%
Estudiante	28	9,5
Su casa	114	38,8
Trabajo independiente	20	6,8
Empleada sector publico	42	14,3
Empleada sector privado	90	30,6
Total	294	100,0

Fuente: cuestionario de recolección de datos

En la presente tabla se aprecia que el mayor porcentaje de puérperas atendidas en el Hospital II EsSalud Cajamarca pertenecen al grupo etáreo de 30 - 34 años con 35%, además el 27,6% corresponde a las de 25 - 29 años, y en su minoría puérperas adolescentes con 6,8%.

Estos datos se asemejan con los de Romero (2015) quien en su estudio encontró que el mayor porcentaje de puérperas (29%) se encuentran entre los 26 a 30 años, pero difieren de Carrillo (2013) quien mostró en su estudio que el grupo etáreo más frecuente fue de 21 a 25 años.

La edad cobra importancia porque cada grupo etáreo tiene características peculiares tanto físicas como psicológicas; las mujeres en edades de 30 a 34 años son más estables emocional y económicamente, pues la mayoría de ellas se pueden encontrar laborando o ser amas de casa en un hogar constituido; en tanto que las adolescentes en su mayoría aún no obtienen madurez psicológica, se encuentran estudiando y dependen económicamente de sus padres o en última instancia de la pareja.

Estudios realizados confirman que, las puérperas más jóvenes se deprimen tres veces más que las adultas (29), con estos datos se estima que las adolescentes son uno de los grupos etarios que presentan mayor probabilidad de sufrir depresión, ya que en esta etapa se llevan a cabo procesos de cambios físicos, psicológicos, socioculturales y cognitivos, lo cual, si se relaciona con el puerperio, ocasiona una demanda mayor en el desarrollo de estrategias de afrontamiento.

En cuanto al grado de instrucción se aprecia que el mayor porcentaje de puérperas tiene estudio superior universitario con 27,9%, se destaca también que el 25,9% tiene secundaria completa.

Estos resultados difieren de Carrillo (2013) quien muestra en su estudio que el 21% estudiaron educación primaria, 12% bachillerato, y 4% superior técnica. Difieren también con los resultados obtenidos por Romero (2015), quien muestra en su estudio que el 96% poseían estudios superiores.

El grado de instrucción puede determinar la condición social de las personas, en tal sentido, aquellas puérperas con educación superior pueden tener un estilo de vida más saludable que aquellas con educación menor, además de ser un determinante social de la salud de suma importancia, pues a mayor grado de educación los resultados en cuanto salud son mejores; existen una mayor tendencia al autocuidado sobre todo durante el puerperio con los consecuentes resultados positivos para la madre, y el recién nacido.

Molero y Cols, mencionan en su estudio que las mujeres con educación universitaria presentan significativamente un menor riesgo para el desarrollo de depresión post parto; refieren también una asociación entre los niveles educativos más bajos con una mayor gravedad de la sintomatología depresiva (30).

Respecto al estado civil, se muestra que el grupo de puérperas convivientes representa un porcentaje significativo de 63,6 %, seguido del grupo de las casadas con 32,0%, mientras que las solteras representan el 4,4%.

Los presentes datos son similares a los de Romero (2015), quien en su estudio expone que el 96% de puérperas estaban acompañadas por su pareja, ya sea como conviviente o casada, pero dispar con los resultados de Carrillo (2013), quien revela en su estudio que el estado civil predominante fue la unión libre (77%), seguido de las casadas con 13% y por último el 10% fueron solteras.

El estado civil de las mujeres influye en su estado de ánimo, aquellas que cuentan con pareja (convivientes o casadas) presentarían mayor soporte emocional que las solteras o divorciadas, así como mayor apoyo social o económico, demostrando estabilidad mental y física para superar alteraciones emocionales en el puerperio, sin embargo, por razones contrarias, las solteras son más vulnerables a presentar estados de depresión en el post parto.

Según los datos encontrados por Young (2017), el hecho de presentar una relación de estabilidad y calidad de unión con la pareja previenen este tipo de patologías (depresión post parto), las mujeres que estaban menos satisfechas con sus relaciones de pareja presentaban mayor gravedad en las respuestas obtenidas en el cuestionario de Edimburgo (31).

Referente a la ocupación, el 38,8% de puérperas son amas de casa, el 30,6% son trabajadoras del sector privado; y el 6,8% cuentan con un trabajo independiente.

Los datos encontrados difieren con los encontrados por Carrillo (2013), quien en su estudio obtuvo que la ocupación más frecuente de las mujeres con depresión posparto, fueron empleadas con el 3%, seguida de bailarina, comerciante y estudiante, cada una de estas últimas con 1%.

La ocupación permite obtener un salario con el cual se pueden solventar las necesidades básicas del hogar o en todo caso ayudar a la pareja en los gastos que requiere la familia, de tal forma que provee bienestar económico y seguridad a las personas, en tal sentido las mujeres con una ocupación remunerada son más estables

psicológicamente pudiendo sobrellevar con éxito el proceso del embarazo, el parto y finalmente el puerperio.

La mayoría de puérperas amas de casa, demuestra mayor dependencia económica de sus familias o de su pareja; además de ser madre deben asumir una multiplicidad de roles en el hogar lo que estaría asociado a depresión post parto (30).

4.2 Factores obstétricos

**Tabla 02. Factores obstétricos de las puérperas atendidas en el Hospital II
EsSalud Cajamarca, 2018**

Paridad de la puérpera	n°	%
Primípara	107	36,4
Múltipara	179	60,9
Gran múltipara	8	2,7
Total	294	100,0
Edad gestacional	n°	%
Pre término	25	8,5
A término	241	82,0
Post término	28	9,5
Total	294	100,0
Inicio de control pre natal	n°	%
Primer trimestre	207	70,4
Segundo trimestre	82	27,9
Tercer trimestre	5	1,7
Total	294	100,0
Vía del parto	n°	%
Vaginal	194	66,0
Cesárea	100	34,0
Total	294	100,0
Antecedente obstétrico	n°	%
Aborto	48	16,3
Óbito fetal	2	,7
Muerte neonatal	4	1,4
Ninguno	240	81,6
Total	294	100,0

Fuente: cuestionario de recolección de datos

La siguiente tabla indica que, las multíparas representan un porcentaje de 60,9%, seguido de las primíparas con 36,4%, y las gran multíparas son el 2,7% del total.

Los datos presentados son semejantes con los resultados de Carrillo (2013) quien en su estudio presentó que el 35% de puérperas fueron primíparas y el 65% fueron multíparas; pero son opuestos a los resultados presentado por Romero (2015) quien expone en sus resultados que, el 60% de puérperas eran primíparas, distan además, de Lipa (2014) quien indica que el 76,8% eran primíparas y el 23,2% eran multíparas.

La importancia de la paridad, resalta al analizar la salud de las mujeres después de un parto, las gran multíparas corren el riesgo de padecer alguna patología clínica durante el puerperio, como una hemorragia post parto, etc. Además influye en la economía de las familias y/o mujeres al aumentar la carga familiar, influye también en el cuidado personal de las puérperas cuando priorizan el cuidado de los hijos, conllevando esto a cuadros de estrés y desequilibrio emocional.

Ciertos estudios plantean si la paridad de la mujer podría tener influencia en cómo toleran el postparto, y si pueden desarrollar por esa causa un estado depresivo con más facilidad que otras, se ha sugerido que quizás las primíparas, por el hecho de ser primer embarazo presentan niveles de ansiedad mayor. Sin embargo, tienden a relacionarlo más con los niveles de ansiedad durante el embarazo que con la depresión (32).

En relación a la edad gestacional, los bebés nacidos a término representan el 82%, mientras que los nacidos pre término corresponden a un 8,6%.

La edad gestacional del recién es importante en la salud emocional de la madre cuando ésta se culpa o siente tristeza por su bebé que no nació en la fecha deseada, generando preocupación por las posibles complicaciones que este nacimiento podría conllevar, así mismo el hecho de no poder compartirlo con su entorno familiar o amical por permanecer en una incubadora, en el caso de pre término, implicaría sentimientos negativos y posible depresión en la madre.

El parto prematuro se constituye en una situación muy estresante para las mujeres que lo sufren, ya que supone enfrentarse a una realidad no esperada, en la que se pierden sus expectativas sobre la vivencia del embarazo y el parto normal. Además, deberán afrontar no sólo la separación inicial de su hijo, sino también la pérdida de su rol maternal inmediatamente después del parto, ya que los cuidados se asumirán en la unidad neonatal. Por todo ello, durante el puerperio estas mujeres serán especialmente vulnerables a los problemas de salud mental, y tendrán más riesgo de sufrir niveles altos de ansiedad, depresión e incluso síntomas de estrés postraumático (33).

El impacto emocional se encuentra documentado en la bibliografía como un aumento del riesgo de padecer trastornos psicológicos en las madres de niños prematuros durante el posparto: tienen una prevalencia de ansiedad, depresión y estrés en el periodo puerperal superior a la de las madres con hijos sanos y a término. El riesgo de depresión puede duplicarse (33).

Concerniente al inicio de control prenatal de las puérperas, el mayor porcentaje de ellas inició su control en el primer trimestre con 70,4%; seguido por las que lo iniciaron en el tercer trimestre, con 1,7%.

El control prenatal es muy importante en la salud de las gestantes y consecuentemente en el de las puérperas, durante este, se puede detectar a tiempo posibles alteraciones emocionales que conllevarían a una depresión en el puerperio; además de despejar dudas en el periodo gestacional, para que al llegar a la etapa del post parto dispongan de un amplio conocimiento en el manejo de sus emociones, de esta manera prevenir o detectar a tiempo los trastornos emocionales.

En la actualidad no hay estudios que detallen una asociación entre el número de controles prenatales y la depresión posparto (34).

Respecto a la vía del parto, en primer lugar se encuentran las puérperas de parto vaginal, con 66%, seguidas de las de parto por cesárea, con 34%.

Los datos hallados se asemejan a los de Carrillo (2013), quien muestra en su estudio que el 77% de puérperas obtuvo el producto por parto vaginal, y el 23% por cesárea, distinguiéndose de Romero (2015) quien en su estudio mostró que un 88% de puérperas referían parto por cesárea.

El parto desencadena un proceso hormonal fisiológico beneficioso para la mujer, en la mayoría de casos ellas están preparadas para un parto vaginal, lo que les proporciona seguridad al momento de dar a luz. Sin embargo el parto por cesárea, en algunos casos sucede por emergencia, no estando las mujeres preparadas para ello acarreando estados de ansiedad, miedo y estrés, lo que podría terminar en depresión post parto.

Es propicio mencionar que las cesáreas programadas también cursan con episodios de ansiedad y miedo, sin dejar de lado que la recuperación paulatina puede limitar la actividad física de la puérpera, generando angustia y posible depresión post parto. Por el contrario, la recuperación después de un parto vaginal es mucho más rápida y menos dolorosa.

Escaleno (2013) citado por Masías (2018) señala que las madres que han dado a luz por cesárea presentan niveles menores de oxitocina, mostrándose menos sensibles a las demandas de sus bebés, y con mayor riesgo de tener depresión postparto (35).

Correspondiente al tipo de antecedentes obstétricos, el 81,6%, de puérperas no los presentaron, no obstante las puérperas que han presentado algún aborto son el 16,3%.

Los antecedentes obstétricos representa un factor importante para la depresión post parto, las mujeres que tuvieron algún aborto corren el riesgo de sufrir sentimientos de culpa por el niño no nacido, desórdenes del sueño, ensoñaciones, enojo, ansiedad y cambios de actitud repentina, conllevando a alteraciones emocionales como la depresión.

Borda (2013) en su estudio señala que, la historia de aborto anterior es importante, ya que quienes presentan este evento tienen un riesgo casi cuatro veces mayor de presentar depresión post parto, que las que no lo presentaron (36).

4.3 Riesgo de depresión

**Tabla 03. Riesgo de depresión de las puérperas atendidas en el Hospital II
EsSalud Cajamarca, 2018**

Riesgo de Depresión	n°	%
Sin riesgo (0 - 9 puntos)	196	66,7
Riesgo límite de depresión (10 - 12 puntos)	74	25,2
Probable depresión (13 puntos a mas)	24	8,2
Total	294	100,0

Fuente: cuestionario de recolección de datos

La tabla presentada muestra que el grupo de puérperas con probable depresión representan el 8,2%, aquellas con riesgo límite de depresión el 25,2%, finalmente aquellas sin riesgo de depresión representan el 66,7%.

Estos datos tienen semejanza con Carrillo (2013), quien en su estudio observó que la frecuencia de depresión post parto en el total de mujeres en etapa de puerperio encuestadas, fue del 25%, mientras que el 75% restante no la mostraron. Concuerdan también con los resultados de Romero (2015) quien encontró como resultados que existe un riesgo de depresión post parto en 20% y probable depresión en 9,09%. Sin embargo los datos presentados distan de Santacruz (2014) quien en su estudio concluyó que existe una prevalencia de 34,3% de depresión post parto; y de Lipa (2014) quien demostró que el 53,6% presentan depresión y el 46,4% no la presentan.

La depresión post parto es un indicador de salud mental de las mujeres, cuando se presenta afecta no solo a la madre sino también al entorno familia, dado que una madre deprimida o con riesgo de depresión va a deteriorar su calidad de vida incapacitando sus labores como madre y mujer, además de requerir en muchos casos ayuda profesional.

Masías (2018) afirma que, la depresión postparto, puede tener un impacto negativo en el desarrollo del bebé, ya que las madres que se perciben como no eficaces en su rol maternal, tienden a adoptar prácticas parentales negativas, aunque tales prácticas pueden verse influidas por diferencias culturales sobre el rol de madre y la interacción con los hijos (35).

4.4 Factores sociales y obstétricos, y riesgo de depresión post parto.

Tabla 04. Riesgo de depresión según edad de las puérperas atendidas en el Hospital II EsSalud – Cajamarca, 2018.

Edad	Riesgo de Depresión						Total	
	Sin riesgo (0 - 9 puntos)		Riesgo límite de depresión (10 - 12 puntos)		Probable depresión (13 puntos a más)		n	%
	N	%	n	%	N	%		
14 - 19 años	13	6,6	4	5,4	3	12,5	20	6,8
20 - 24 años	20	10,2	5	6,8	1	4,2	26	8,8
25 - 29 años	58	29,6	17	23,0	6	25,0	81	27,6
30 - 34 años	70	35,7	25	33,8	8	33,3	103	35,0
35 - 39 años	23	11,7	14	18,9	3	12,5	40	13,6
40 a más	12	6,1	9	12,2	3	12,5	24	8,2
Total	196	66,7	74	25,2	24	8,2	294	100,0

Fuente: datos recolectados por la autora

$$\chi^2 = 8,793$$

$$\text{Valor de } p = 0,552$$

En la presente tabla se logra evidenciar que del grupo etáreo de 30-34 años, el 35,7% de puérperas no presentó riesgo de depresión, de este mismo grupo el 33,8% tuvieron riesgo límite de depresión, pero el 33,3% presentó probable depresión. En cuanto a edades extremas, no se evidencia una diferencia significativa entre ambas.

Las puérperas con probable depresión representan un porcentaje minoritario en esta investigación, siendo superadas por aquellas que no presentaron riesgo de depresión, esto se debería a que en su mayoría las encuestadas fueron del grupo etario de 30 a 34 años de edad, rescatando que el factor edad es importante en la depresión post parto, pues a mayor edad existe mayor probabilidad de asimilar de manera adecuada el proceso del parto y entender de manera eficaz los cambios que van acontecer.

Una investigación venezolana, en cuyo estudio concluyó que las mujeres adolescentes tienen más factores de riesgo para el desarrollo de depresión, instando con esto a una mayor atención prenatal de estas embarazadas y mayor valoración psicológica y social para eliminar factores de riesgo en potencia (37).

No se halló asociación significativa para este factor según $p = 0,552$.

Tabla 05. Riesgo de depresión según grado de instrucción de las puérperas atendidas en el Hospital II EsSalud – Cajamarca, 2018.

Grado de instrucción	Riesgo de Depresión						Total	
	Sin riesgo (0 - 9 puntos)		Riesgo límite de depresión (10 - 12 puntos)		Probable depresión (13 puntos a más)			
	n	%	n	%	n	%	N	%
Educación inicial	1	0,5	0	0,0	0	0,0	1	0,3
Primaria incompleta	10	5,1	1	1,4	0	0,0	11	3,7
Primaria completa	17	8,7	9	12,2	3	12,5	29	9,9
Secundaria incompleta	21	10,7	2	2,7	4	16,7	27	9,2
Secundaria completa	51	26,0	20	27,0	5	20,8	76	25,9
Superior técnico	44	22,4	19	25,7	5	20,8	68	23,1
Superior universitario	52	26,5	23	31,1	7	29,2	82	27,9
Total	196	66,7	74	25,2	24	8,2	294	100,0

Fuente: datos recolectados por la autora

$\chi^2 = 10,683$

Valor de $p = 0,556$

Los resultados de la tabla muestran que, de las puérperas con estudio superior universitario el 31,1% presentaron riesgo límite de depresión, el 29,2% presentaron probable depresión y el 26,5% no tuvieron riesgo.

En la presente investigación las puérperas con estudio superior universitario representaron el mayor porcentaje de riesgo límite de depresión, esto tal vez por su mayor nivel de comprensión de los riesgos que conlleva un parto, en comparación con aquellas puérperas con primaria completa que no presentaron depresión, posiblemente porque no interiorizan a profundidad los sucesos que acarrea un parto.

Una investigación demostró una mayor frecuencia de depresión postparto en mujeres con estudios universitarios e ingreso socioeconómico bajo, de importancia para el desarrollo de depresión postparto (37).

Estadísticamente no se encontró asociación significativa entre ambas variables según $p = 0,556$.

Tabla 06. Riesgo de depresión según estado civil de las puérperas atendidas en el Hospital II EsSalud – Cajamarca, 2018.

Estado civil	Riesgo de Depresión						Total	
	Sin riesgo (0 - 9 puntos)		Riesgo límite de depresión (10 - 12 puntos)		Probable depresión (13 puntos a más)			
	N	%	n	%	n	%	n	%
Conviviente	133	67,9	38	51,4	16	66,7	187	63,6
Casada	55	28,1	32	43,2	7	29,2	94	32,0
Soltera	8	4,1	4	5,4	1	4,2	13	4,4
Total	196	66,7	74	25,2	24	8,2	294	100,0

Fuente: datos recolectados por la autora

$$\chi^2 = 6,493$$

Valor de p= 0,165

De los datos obtenidos se observa que, de las puérperas convivientes el 67,9% no presentaron riesgo de depresión. De las casadas el 43,2% tuvieron riesgo limite, y el 29,2% de las mismas, probable depresión.

La influencia del estado civil en la depresión post parto radica en el soporte emocional que aporta la pareja a la parturienta, en tal sentido el presente estudio muestra que las solteras reflejaron mayor riesgo de presentar depresión o que ya atraviesan por una probable depresión, es posible que después de un embarazo o parto sin pareja sientan añoranza y preocupación por un futuro sin compañía conyugal o una imagen paterna para sus hijos, estos casos conllevarían a episodios de depresión en la etapa puerperal.

Young (2017), menciona que el hecho de presentar una relación de estabilidad y calidad de unión con la pareja previene la depresión post parto, refiere también que las mujeres que estaban menos satisfechas con sus relaciones de pareja presentaban mayor gravedad en las respuestas obtenidas en el test de Edimburgo. (31).

Estadísticamente no existe asociación significativa entre ambas variables según p= 0,165.

Tabla 07. Riesgo de depresión según ocupación de las puérperas atendidas en el Hospital II EsSalud – Cajamarca, 2018.

Ocupación	Riesgo de Depresión						Total	
	Sin riesgo (0 - 9 puntos)		Riesgo límite de depresión (10 - 12 puntos)		Probable depresión (13 puntos a más)			
	n	%	n	%	n	%	N	%
Estudiante	18	9,2	7	9,5	3	12,5	28	9,5
Su casa	81	41,3	26	35,1	7	29,2	114	38,8
Trabajo independiente	11	5,6	7	9,5	2	8,3	20	6,8
Empleada sector publico	27	13,8	9	12,2	6	25,0	42	14,3
Empleada sector privado	59	30,1	25	33,8	6	25,0	90	30,6
Total	196	66,7	74	25,2	24	8,2	294	100,0

Fuente: datos recolectados por la autora

$$\chi^2 = 9,762$$

$$\text{Valor de } p = 0,462$$

En la tabla 07, se puede notar que de las puérperas con ocupación su casa el 29,2% presenta una probable depresión, y el 8,3% pertenece a las de trabajo independiente. Además, las madres trabajadores del sector público y privado alcanzan igual porcentaje respecto a probable depresión, con 25% cada grupo.

Si bien, la ocupación remunerada genera estabilidad económica en las puérperas y por ende equilibrio social y emocional, en el presente estudio la mitad de mujeres deprimidas estaban laborando, lo cual evidenciaría que el no permanecer a tiempo completo con sus recién nacidos genera preocupación o sentimientos de tristeza que incrementan una probable depresión en el post parto.

Cerda, M. (2017) reporta en su estudio, no encontrar diferencia significativa entre la variable ocupación y depresión post parto (38).

No se encontró asociación estadísticamente significativa entre ambas variables según $p = 0,462$.

Tabla 08. Riesgo de depresión según paridad de las puérperas atendidas en el Hospital II EsSalud – Cajamarca, 2018.

Paridad	Riesgo de Depresión						Total	
	Sin riesgo (0 - 9 puntos)		Riesgo límite de depresión (10 - 12 puntos)		Probable depresión (13 puntos a más)			
	n	%	n	%	N	%	N	%
Primípara	66	33,7	30	40,5	11	45,8	107	36,4
Múltipara	125	63,8	41	55,4	13	54,2	179	60,9
Gran múltipara	5	2,6	3	4,1	0	0,0	8	2,7
Total	196	66,7	74	25,2	24	8,2	294	100,0

Fuente: datos recolectados por la autora

$$\chi^2 = 3,305$$

Valor de p= 0,508

En la tabla actual se evidencia que de las puérperas múltiparas el 54,2% presenta probable depresión, evidenciando una gran diferencia con las gran múltiparas, que no tuvieron ningún caso de depresión.

En el presente estudio las puérperas primíparas son el segundo grupo con mayor porcentaje de probable depresión, esto podría suscitarse por el temor innato a su primera experiencia como madres, o por la deficiente información que reciben sobre esta nueva etapa en sus vidas. En cuanto a las múltiparas, una probable depresión se podría atribuir al estado de tensión al que están sometidas cuando asumen el cuidado del resto de la familia, de las tareas de hogar y el trabajo en ciertos casos, limitando así el tiempo para ellas mismas.

Choque, V. (2013), citado por Cerda, M. (2017) observó que las mujeres que tienen más de un hijo tienen una probabilidad dos veces mayor que las primíparas de tener un episodio más severo de depresión post parto, además señaló que la multiparidad es un factor asociado a la depresión postparto, con un número de hijos de 3 a 4 (28).

Estadísticamente no se encontró relación significativa entre ambas variables según $p=0,508$.

Tabla 09. Riesgo de depresión según edad gestacional del recién nacido, de las puérperas atendidas en el Hospital II EsSalud – Cajamarca, 2018.

Edad gestacional	Riesgo de Depresión						Total	
	Sin riesgo (0 - 9 puntos)		Riesgo límite de depresión (10 - 12 puntos)		Probable depresión (13 puntos a más)			
	n	%	n	%	n	%	N	%
Pre término	16	8,2	6	8,1	3	12,5	25	8,5
A término	167	85,2	57	77,0	17	70,8	241	82,0
Post-término	13	6,6	11	14,9	4	16,7	28	9,5
Total	196	66,7	74	25,2	24	8,2	294	100,0

Fuente: datos recolectados por la autora

$$\chi^2 = 6,547$$

Valor de $p = 0,162$

La presente tabla muestra que, de las puérperas con gestación a término, el 70,8% presenta una probable depresión, seguido de las puérperas post término y pre término con 16,7% y 12,5% respectivamente.

La culminación de la gestación dentro del límite establecido supone bienestar al recién nacido y la madre, sin embargo cuando ocurre antes o después genera preocupación y sentimientos de culpa en la progenitora, el presente estudio evidencia que de las puérperas con gestación a término mayoritariamente no tuvieron riesgo de depresión, sin embargo existe un porcentaje elevado de puérperas con probable depresión para este grupo.

Puig, S. y Cols. (2018); en su estudio menciona que, el impacto emocional se encuentra documentado en la bibliografía como un aumento del riesgo de padecer trastornos psicológicos en las madres de niños prematuros durante el posparto: tienen una prevalencia de ansiedad, depresión y estrés en el periodo puerperal superior a la de las madres con hijos sanos y a término. El riesgo de depresión puede duplicarse (33).

No se encontró asociación estadísticamente significativa entre ambas variables según $p = 0,162$.

Tabla 10. Riesgo de depresión según inicio de control prenatal de las puérperas atendidas en el Hospital II EsSalud – Cajamarca, 2018.

Inicio de control prenatal	Riesgo de Depresión						Total	
	Sin riesgo (0 - 9 puntos)		Riesgo límite de depresión (10 - 12 puntos)		Probable depresión (13 puntos a más)			
	n	%	n	%	n	%	n	%
Primer trimestre	135	68,9	56	75,7	16	66,7	207	70,4
Segundo trimestre	58	29,6	17	23,0	7	29,2	82	27,9
Tercer trimestre	3	1,5	1	1,4	1	4,2	5	1,7
Total	196	66,7	74	25,2	24	8,2	294	100,0

Fuente: datos recolectados por la autora

$$\chi^2 = 2,208$$

$$\text{Valor de } p = 0,698$$

La tabla indica que de las puérperas que iniciaron su control prenatal en el primer trimestre el 68,9% no presentó riesgo de depresión, sin embargo, de las que iniciaron en el tercer el 4,2% tuvieron probable depresión.

Independientemente del trimestre en que se inicie el control prenatal parece no influenciar en la depresión post parto, sin embargo las mujeres que inician sus controles en el primer trimestre posiblemente tengan mayor preparación en cuanto al parto y puerperio recibida por el personal de salud que las atendió, ello contribuiría a sobrellevar las alteraciones emocionales en la etapa del puerperio, al respecto la bibliografía revisada no muestra relación entre el control pre natal y la depresión.

Dentro del ámbito nacional la bibliografía muestra a Young, C. (2017), quien refiere que, en los controles prenatales se marca la pauta de atención integral de la gestante en donde la paciente acude a consultas de distintas áreas; y que el hecho de no acudir a los controles prenatales es una desventaja para estas pacientes que no se les puede hacer diagnóstico de otras patologías por ejemplo en el campo de salud mental y ello, una de las razones probables de aumento de depresión posparto en este grupo de pacientes (31).

No se encontró asociación estadísticamente significativa entre ambas variables según $p = 0,698$.

Tabla 11. Riesgo de depresión según vía del parto de las puérperas atendidas en el Hospital II EsSalud – Cajamarca, 2018.

Vía del parto	Riesgo de Depresión						Total	
	Sin riesgo (0 - 9 puntos)		Riesgo límite de depresión (10 - 12 puntos)		Probable depresión (13 puntos a más)			
	n	%	n	%	N	%	N	%
Vaginal	139	70,9	45	60,8	10	41,7	194	66,0
Cesárea	57	29,1	29	39,2	14	58,3	100	34,0
Total	196	66,7	74	25,2	24	8,2	294	100,0

Fuente: datos recolectados por la autora

$$\chi^2 = 9,332$$

Valor de p= 0,009

En la presente tabla se interpreta que, de aquellas puérperas que tuvieron parto por cesárea el 58,3% presentó probable depresión, y de las que tuvieron parto vaginal el 41,7% del mismo grupo con probable depresión.

El parto es un evento fisiológico que demanda preparación física y psicológica en las mujeres, si éste cursa con alguna complicación que termine en cesárea, las madres atravesarían por episodios de ansiedad y estrés al sentir que la situación salió de sus manos, esto acarrea desordenes en la salud mental trayendo consigo probable depresión en el post parto.

Los resultados obtenidos están de acuerdo con los presentados por Cordova, J. (2017) en su estudio, la tasa de depresión posparto fue del 21,7% en las mujeres que tuvieron cesárea y del 10,7% en las mujeres cuyo parto fue por vía vaginal (38).

Se encontró asociación estadísticamente significativa entre ambas variables según p= 0,009.

Tabla 12. Riesgo de depresión según antecedentes obstétricos de las puérperas atendidas en el Hospital II EsSalud – Cajamarca, 2018.

Antecedente obstétrico	Riesgo de Depresión						Total	
	Sin riesgo (0 - 9 puntos)		Riesgo límite de depresión (10 - 12 puntos)		Probable depresión (13 puntos a más)			
	n	%	n	%	n	%	n	%
Abortos	34	17.3	9	12.2	5	20.8	48	16.3
Nacidos muertos	0	0.0	2	2.7	0	0.0	2	0.7
Muerto después de nacer	1	0.5	2	2.7	1	4.2	4	1.4
Ninguna	161	82.1	61	82.4	18	75.0	240	81.6
Total	196	66.7	74	25.2	24	8.2	294	100.0

Fuente: datos recolectados por la autora

$$\chi^2 = 10,707$$

Valor de $p = 0,098$

La siguiente tabla indica que de las puérperas con antecedente de aborto el 20,8% presentaron probable depresión, y aquellas sin ningún antecedente representan el 82,1% del grupo sin riesgo.

Los antecedentes obstétricos no representan un factor influyente en la depresión post parto, sin embargo se ha encontrado mayor índice de depresión en pacientes con antecedentes de aborto, esto sucedería porque las mujeres evocarían recuerdos de aquellos eventos traumáticos.

En un estudio se demostraron la prevalencia de depresión posparto y los factores asociados, en pacientes puérperas en México, obteniendo una prevalencia de dicha patología de 18%, con asociación a antecedente de aborto u óbito, concluyendo que la depresión postparto tiene una prevalencia relativamente baja asociada a los factores mencionados (10).

Estadísticamente no se encontró relación significativa entre ambas variables según $p = 0,098$.

CONCLUSIONES

Al terminar la investigación se llegó a las siguientes conclusiones:

1. La mayoría de puérperas pertenecen al grupo etáreo de 30 a 34 años de edad, con estudio superior universitario, convivientes y amas de casa.
2. Las puérperas estudiadas, en su mayoría son primíparas, con edad gestacional a término, iniciaron su control prenatal en el primer trimestre, tuvieron un parto por vía vaginal y no presentaron ningún antecedente obstétrico negativo.
3. Se determinó que las puérperas en estudio, en su mayoría no presentaron riesgo de depresión.
4. Se encontró, en cuanto a factores sociales que del grupo etáreo de 30-34 años, el 35,7% de puérperas no presentó riesgo de depresión, aquellas con estudio superior universitario el 31,1% presentaron riesgo límite de depresión, de las convivientes el 67,9% no presentaron riesgo de depresión, aquellas con ocupación su casa el 29,2% presenta una probable depresión; respecto a los factores obstétricos, del total de multíparas el 54,2% presenta probable depresión, de las puérperas, aquellas gestación a término, el 70,8% presenta una probable depresión, las que iniciaron su control prenatal en el primer trimestre el 68,9% no presentó riesgo de depresión, aquellas puérperas que tuvieron parto por cesárea el 58,3% presentó probable depresión, aquellas con antecedente de aborto el 20,8% presentaron probable depresión
5. El tipo de parto fue el único factor obstétrico que presentó asociación significativa a la depresión post parto, según $p = 0,009$ comprobándose parcialmente la hipótesis

RECOMENDACIONES

1. Al jefe y encargados del servicio de ginecología y obstetricia del Hospital II EsSalud – Cajamarca, implementar el cuestionario de depresión post parto de Edimburgo en sus servicios, para detectar posibles casos de depresión. Se recomienda además, coordinar con el servicio de psicología del hospital, para que se dé prioridad de atención a las pacientes derivadas de obstetricia, de esta manera se dará atención rápida y oportuna a las puérperas identificadas con depresión, o riesgo de depresión post parto.
2. A los profesionales obstetras del hospital II EsSalud – Cajamarca, brindar charlas sobre depresión post parto a todas las gestantes y puérperas tendidas en su establecimiento, con énfasis en las de parto por cesárea.
3. A los futuros tesisistas que estén interesados en el tema, realizar investigaciones más minuciosas que despejen dudas sobre las causas de la depresión post parto.

REFERENCIAS BIBIOGRÁFICAS

1. Atencia S. Factores de riesgo para la depresión posparto en madres adolescentes atendidas en el hospital nacional Daniel Alcides Carrión durante abril – junio, 2015., Tesis para optar el título de Licenciada en Obstetricia., Universidad Nacional Mayor de San Marcos; 2015. (fecha de último acceso 20 de marzo 2018). Disponible en URL:
http://cybertesis.unmsm.edu.pe/bitstream/handle/cybertesis/4355/Atencia_os.pdf?sequence=1
2. Organización Mundial de la Salud. Centro de Prensa. *Trastornos Mentales*. Nota descriptiva 2017 (Fecha de último acceso 20 de marzo 2018). Disponible en URL:
<https://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs396/es/>
3. Fernández J, y Cols. Depresión posparto valorada mediante la escala de Edimburgo. *Rev Venez Obstet Ginecol* 2014; 74. (fecha de último acceso 24 de marzo 2018). Disponible en URL:
<http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/?IsisScript=iah/iah.xis&src=google&base=LILACS&lang=p&nextAction=lnk&exprSearch=740398&indexSearch=ID>
4. Molero K, y Cols. Prevalencia de depresión postparto en puérperas adolescentes y adultas. *Rev. chil. obstet. ginecol.* 2014. (fecha de último acceso 24 de marzo 2018). Disponible en URL:
https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S071775262014000400008
5. Evans G, y Cols. Depresión posparto realidad en el sistema público de atención de salud. *Rev Chil Obstet Ginecol* 2014; 68(6). (fecha de último acceso 20 de marzo 2018). Disponible en URL:
https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?pid=S0717752620030006000006&script=sci_arttext&tlng=en
6. Rojas G, y Cols. Calidad de vida de mujeres deprimidas en el posparto. *Rev Méd Chile* 2016; 134 (6). (fecha de último acceso 20 de marzo 2018). Disponible en URL:
https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?pid=S0034988720060006000006&script=sci_arttext
7. Romero G. Relación entre características sociodemográficas y riesgo de depresión post parto en puérperas de la clínica Good Hope. Lima 2015; Tesis para optar el título profesional de Médico Cirujano. (Fecha de último acceso 07 de enero 2018). Disponible en URL:
http://cybertesis.urp.edu.pe/bitstream/urp/767/1/RomeroGuillermo_pdf_2016.pdf

8. Carrillo M. Factores Asociados A Depresión Posparto En Mujeres Que Acuden Al Hospital General De Ecatepec “Dr. José María Rodríguez, 2013. Toluca. Tesis para obtener el diploma de especialista en medicina familiar. (Fecha de último acceso 24 de abril 2018). Disponible en URL:
<http://ri.uaemex.mx/bitstream/handle/20.500.11799/14203/401913.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
9. Santacruz M, y Col. Depresión posparto. Prevalencia y factores de riesgo en madres atendidas en el Hospital José Carrasco Arteaga, Cuenca 2014. Tesis previa a la obtención del título de médica y médico, Cuenca. (Fecha de último acceso 07 de enero 2018). Disponible en URL:
<http://dspace.ucuenca.edu.ec/bitstream/123456789/21717/1/Tesis.pdf>
10. Romero G. Relación entre características sociodemográficas y riesgo de depresión post parto en puérperas de la clínica Good Hope. Lima 2015; Tesis para optar el título profesional de Médico Cirujano. (Fecha de último acceso 07 de enero 2018). Disponible en URL:
http://cybertesis.urp.edu.pe/bitstream/urp/767/1/RomeroGuillermo_pdf_2016.pdf
11. Lipa F. Depresión postparto en puérperas primíparas y múltiparas del establecimiento de salud I – 3 José Antonio Encinas, Puno 2014. Tesis para optar el título profesional de licenciada en Enfermería. (Fecha de último acceso 07 de enero 2018). Disponible en URL:
http://repositorio.unap.edu.pe/bitstream/handle/UNAP/2794/Lipa_Tudela_Frida.pdf?sequence=1
12. Hernandez, C. *riesgo de depresión en pacientes post parto eutócico simple VRS pacientes post cesárea*. Tesis para obtener el grado de Maestro en ciencias médicas con especialidad en Ginecología y Obstetricia. Universidad San Carlos de Guatemala 2016 (fecha de último acceso 07 de abril 2018). Disponible en URL:
http://biblioteca.usac.edu.gt/tesis/05/05_10024.pdf
13. Organización mundial de la salud. *Temas de Salud – Depresión*. 2017. (fecha de último acceso 02 de abril 2018). Disponible en URL:
<https://www.who.int/topics/depression/es/>
14. DSM IV-TR. Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales. Trastornos del Estado de Ánimo. Masson, S. A. 323-378. Barcelona, España. (fecha de último acceso 07 de abril 2018). Disponible en URL:
<https://psicovalero.files.wordpress.com/2014/06/manual-diagnc3b3stico-y-estadc3adstico-de-los-trastornos-mentales-dsm-iv.pdf>

15. Villa, D. *Determinantes sociales de la salud y rechazo a los métodos anticonceptivos en puérperas. Hospital Regional de Cajamarca. 2018.* Tesis para optar el título profesional de Obstetra. Universidad Nacional de Cajamarca. (fecha de último acceso 06 de mayo 2018). Disponible en URL:
<http://repositorio.unc.edu.pe/bitstream/handle/UNC/2277/DETERMINANTES%20SOCIALES%20DE%20LA%20SALUD%20Y%20RECHAZO%20A%20LOS%20METODOS%20ANTICONCEPTIVOS%20DIANAVILLA.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
16. Céspedes, C. *factores sociodemográficos asociados al acceso a la atención prenatal. Centro de salud la Tulpuna-Cajamarca, 2018* Tesis para optar el título profesional de Obstetra. Universidad Nacional de Cajamarca. (fecha de último acceso 06 de mayo 2018). Disponible en URL:
<http://repositorio.unc.edu.pe/bitstream/handle/UNC/2295/TESIS.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
17. Santacruz, M. y Col. *Depresión postparto. Prevalencia y Factores de riesgo en madres atendidas en el hospital José Carrasco Arteaga, 2014.* Tesis para la obtención del título de médico cirujano. (fecha de último acceso 08 de mayo 2018). Disponible en URL:
<http://dspace.ucuenca.edu.ec/bitstream/123456789/21717/1/Tesis.pdf>
18. Instituto Nacional de Estadística e Informática (INEI). *Definiciones censales básicas. 2017.* (fecha de último acceso 08 de mayo 2018). Disponible en URL:
<http://censos.inei.gob.pe/cpv2007/tabulados/Docs/Glosario.pdf>
19. Herrera C, y Cols. *Ginecología y Obstetricia. Rev. Per. Ginecol. obstet. 2017; 43(2): 158-163.* (Fecha de último acceso 08 de mayo 2018). Disponible en URL:
<file:///C:/Users/TOSHIBA/Downloads/1060-3800-1-PB.pdf>
20. Ministerio de Salud. *Guías Nacionales de Atención Integral de Salud sexual y Reproductiva. Lima, 2004. [350] p.; tab; ilus.* (fecha de último acceso 08 de mayo 2018). Disponible en URL:
<ftp://ftp2.minsa.gob.pe/download/esn/ssr/GuiasAtencionIntegraYSSR.pdf>
21. Ministerio de Salud Pública del Ecuador. *Control Prenatal Guía de Práctica Clínica* Quito: Ministerio de Salud Pública, Dirección Nacional de Normatización-MSP; 2015. (fecha de último acceso 08 de mayo 2018). Disponible en URL:
<https://www.salud.gob.ec/wp-content/uploads/2014/05/GPC-CPN-final-mayo-2016-DNN.pdf>
22. Guevara E. *Aborto. Instituto Nacional Materno Perinatal. 2015.* (fecha de último acceso 08 de mayo 2018). Disponible en URL:

- http://www.mpfm.gob.pe/escuela/contenido/actividades/docs/4044_2015_07_14_complicaciones_aborto.pdf
23. Guía de referencia rápida. Diagnóstico y tratamiento de muerte fetal con feto único. (fecha de último acceso 08 de mayo 2018). Disponible en URL: <http://www.imss.gob.mx/sites/all/statics/guiasclinicas/567GRR.pdf>
 24. De Habich M. Mortalidad Neonatal en el Perú y sus Departamentos. 2012. Ministerio de salud. (fecha de último acceso 08 de mayo 2018). Disponible en URL: http://www.dge.gob.pe/portal/docs/Mortalidad_neonatal11_12.pdf
 25. Navas W. Depresión Postparto. Revista Médica De Costa Rica Y Centroamérica LXX (608), 2013. (fecha de último acceso 14 de abril 2018). Disponible en URL: <http://www.binasss.sa.cr/revistas/rmcc/608/art14.pdf>
 26. Jadresic M. Depresión en el embarazo y el puerperio. Rev Chil de NeuroPsiquiat 2014; 48 (4). (fecha de último acceso 14 de abril 2018). Disponible en URL: https://scielo.conicyt.scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-92272010000500003
 27. Carro T, y Cols. Trastornos del estado de ánimo en el postparto. (fecha de último acceso 17 de abril 2018). Disponible en URL: <http://www.mgyfsemg.org/medicinageneral/mayo-2000/452-456.pdf>
 28. Cerda, M. *Factores sociodemográficos, primiparidad y su relación con la depresión postparto en puérperas de 20 a 34 años atendidas en el Hospital Nacional Docente Madre Niño San Bartolomé - enero 2017* Tesis para optar el título profesional de Licenciada en Obstetricia. Universidad Nacional Mayor de San Marcos. (fecha de último acceso 17 de abril 2018). Disponible en URL: http://cybertesis.unmsm.edu.pe/bitstream/handle/cybertesis/6017/Cerda_sm.pdf?sequence=1&isAllowed=y
 29. Salcedo A. *Los Determinantes Sociales De La Salud, El Caso De Enfermería*. Rev Enferm Inst Mex Seguro Soc. 2017;25 (2):139-44. (fecha de último acceso 20 de noviembre del 2018). Disponible en URL: <http://www.medigraphic.com/pdfs/enfermeriaimss/eim-2017/eim173e.pdf>
 30. Molero y Cols. *Prevalencia de depresión postparto en puérperas adolescentes y adultas*. REV CHIL OBSTET GINECOL. VOL.79 no.4 Santiago 2014 (fecha de último acceso 20 de noviembre del 2018). Disponible en URL: <http://dx.doi.org/10.4067/S0717-75262014000400008>
 31. Young C. *Factores asociados a depresión postparto en puérperas del servicio de obstetricia del Hospital Nacional Arzobispo Loayza*. Tesis para optar el título profesional de médico cirujano. Universidad Nacional Mayor de San Marcos Lima 2017. (fecha de último acceso 20 de noviembre del 2018). Disponible en URL: http://cybertesis.unmsm.edu.pe/bitstream/handle/cybertesis/5990/Young_cc.pdf?sequence=1&isAllowed=y

32. Valenci S. *La Depresión Post Parto*. Curso académico 2015 – 2016 convocatoria de defensa junio. Universidad Pública de Navarra. (fecha de último acceso 20 de noviembre del 2018). Disponible en URL: https://academica-e.unavarra.es/bitstream/handle/2454/23448/depresion_postparto_saioavalencia.pdf?sequence=1&isAllowed=y
33. Puig S. y Cols, *Ansiedad Y Depresión En Las Madres De Recién Nacidos Prematuros. Estrategias De Intervención Y Revisión De La Bibliografía*. Matronas Prof. 2018; 19(1): 21-27. (fecha de último acceso 20 de noviembre del 2018). Disponible en URL: http://www.federacion-matronas.org/wp-content/uploads/2018/04/Revision_Ansiedad-1.pdf
34. Gonzales M. *Prevalencia De Depresión Posparto En Puérperas Adolescentes Y Adultas En El Hospital Nacional Sergio E. Bernales, Mayo 2016*. Tesis Para Optar El Título Profesional De Licenciado En Obstetricia. Universidad Nacional Mayor De San Marco. 2017.(fecha de último acceso 20 de noviembre del 2018). Disponible en URL: http://cybertesis.unmsm.edu.pe/bitstream/handle/cybertesis/5685/Gonzales_am.pdf
35. Masías M. y Col. *Prevalencia dela depresión post parto en Arequipa, Perú*. Rev Med Hered. 2018; 29:226-231 (fecha de último acceso 20 de noviembre del 2018). Disponible en URL: <http://www.scielo.org.pe/pdf/rmh/v29n4/a04v29n4.pdf>
36. Borda M. y Cols, *Depresión Y Factores De Riesgos Asociados En Embarazadas De 18 A 45 Años Asistentes Al Hospital Niño Jesús En Barranquilla (Colombia)*. Salud Uninorte. Barranquilla (Col.) 2013; 29 (3): 394-404. (fecha de último acceso 20 de noviembre del 2018). Disponible en URL: <http://www.scielo.org.co/pdf/sun/v29n3/v29n3a07.pdf>
37. Melendez M. y Cols, *Depresión Postparto Y Los Factores De Riesgo*. Rev. Salus.UC. 21(3):7-12.2017. (fecha de último acceso 05 de diciembre del 2018). Disponible en URL: <https://www.redalyc.org/pdf/3759/375955679003.pdf>
38. Cordova, J. *“Factores asociados a depresión postparto en puéperas atendidas en hospital II-2 Santa Rosa durante septiembre-diciembre, 2017”* Tesis para optar el título de médico cirujano. Universidad Nacional de Piura. 2017 (fecha de último acceso 05 de diciembre del 2018). Disponible en URL: <http://repositorio.unp.edu.pe/bitstream/handle/UNP/1175/CIE-COR-ALV-18.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
39. Huaman, C. *Factores psicosociales predisponentes de depresión puesperal. Hospital Tito Villar Cabeza. Bambamarca 2016*. Tesis para optar el título profesional de Obstetra. Universidad Nacional de Cajamarca. 2016. 2017 (fecha de último acceso 03 de mayo del 2019). Disponible en URL:

ANEXO 01

N°.....



FORMULARIO DE RECOLECCIÓN DE DATOS

UNIVERSIDAD NACIONAL DE CAJAMARCA
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
E.A.P OBSTETRICIA



INSTRUCCIONES: Lea detenidamente cada uno de los ítems presentados a continuación, luego marque con un aspa (x) la respuesta que Ud. Considere adecuada o correcta.

FACTORES SOCIALES:

1. **Edad:** 14-19 años () 20-24 años ()
25-29 años () 30-34 años ()
35-39 años () 40 años a + ()

2. **Grado de instrucción:**

- Educación inicial ()
Primaria incompleta ()
Primaria completa ()
Secundaria incompleta ()
Secundaria completa ()
Superior técnico ()
Superior universitario ()

3. **Estado civil:**

- Conviviente () Casada ()
Soltera ()

4. **Ocupación:**

- Estudiante () Su casa ()
Trabajo independiente ()
Empleada del sector público ()
Empleada del sector privado ()

2. **Edad gestacional:**

- Pre término ()
➤ A término ()
➤ Post término ()

3. **Inicio de control prenatal**

- Primer trimestre ()
➤ Segundo trimestre ()
➤ Tercer trimestre ()

4. **Vía del parto**

- Vaginal ()
➤ Abdominal (Cesárea) ()

5. **Antecedentes obstétricos**

PREGUNTA	SÍ	NO
¿Ha tenido algún aborto anteriormente?		
¿Algún hijo nació muerto?		
¿Algún hijo murió después de nacer o antes de los 28 días?		

FACTORES OBSTÉTRICOS:

1. **Paridad:**

- Primípara: 1 hijo ()
➤ Multípara: 2-4 hijos ()
➤ Gran multípara: 5 hijos a más ()

GRACIAS POR SU COLABORACIÓN...

ANEXO 02

ESCALA DE DEPRESIÓN POSTNATAL DE EDIMBURGO (EDPE)

Fecha ___/___/___

Como usted hace poco tuvo un bebe nos gustaría saber cómo se ha estado sintiendo. Por favor MARQUE la respuesta q más se acerca a como se ha sentido en los últimos 7 días o Por favor haga un círculo alrededor de la respuesta que más se acerca a como se ha sentido en los últimos 7 días.

- 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 ()

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Estudio: Factores Sociales y Obstétricos Asociados a la Depresión Postparto En Púerperas Atendidas En Essalud – Cajamarca, 2018.

Autora: Seiry Jesús Delgado Abad.

Yo:....., estoy de acuerdo en participar en la investigación “Factores Sociales y Obstétricos Asociados a la Depresión Postparto En Púerperas Atendidas En Essalud – Cajamarca, 2018”. He sido informada adecuadamente sobre los objetivos y procedimientos del estudio, y mi incorporación será voluntaria, pudiendo retirarme del mismo cuando lo desee.

Por tanto firmo este documento autorizando me incluyan en esta investigación.

FECHA:

FIRMA

DNI:

ARTÍCULO CIENTÍFICO DE LA TESIS

FACTORES SOCIALES Y OBSTÉTRICOS ASOCIADOS AL RIESGO DE DEPRESIÓN POST PARTO EN PUÉRPERAS ATENDIDAS EN EL HOSPITAL II EsSALUD CAJAMARCA – 2018.

Delgado Abad, Seiry Jesús¹

¹Bachiller en Obstetricia – Facultad de Ciencias de la Salud. Universidad Nacional de Cajamarca.

RESUMEN

La depresión post parto es un trastorno o episodio depresivo que se inicia posterior al parto y puede mantenerse durante el puerperio, o inclusive puede permanecer después de éste. El presente trabajo de investigación tuvo como objetivo determinar la asociación entre factores sociales y obstétricos, y el riesgo de depresión post parto en puérperas atendidas en el Hospital II EsSalud – Cajamarca en el año 2018. El estudio tuvo un diseño no experimental, de corte transversal; tipo descriptivo correlacional; la muestra estuvo conformada por 294 puérperas que cumplían con los criterios de inclusión y exclusión. Se utilizó como instrumento un cuestionario de recolección de datos elaborado por la autora y la escala de depresión post parto de Edimburgo (EDPE). Los resultados muestran que la mayoría de las puérperas pertenecieron al grupo etáreo de 30 a 34 años de edad, con estudio superior universitario, convivientes y amas de casa. No se encontró asociación significativa entre los factores sociales y el riesgo de depresión post parto; el tipo de parto fue el único factor obstétrico que presentó asociación significativa al riesgo de depresión post parto, según $p = 0,009$. Se concluye que los factores sociales y algunos factores obstétricos no están asociados a la depresión post parto.

Palabras clave: factores sociales, factores obstétricos, depresión post parto.

ABSTRACT

Postpartum depression is a disorder or depressive episode that begins after childbirth and can be maintained during the postpartum period, or may even remain after the postpartum period. The objective of this research was to determine the association between social and obstetric factors, and postpartum depression in puerperal women attended in EsSalud - Cajamarca in 2018. The study had a non-experimental, cross-sectional design; correlational descriptive type; the sample consisted of 294 puerperal women who fulfilled the inclusion and exclusion criteria. A data collection questionnaire developed by the author and the Postpartum Depression Scale of Edinburgh (EDPE) was used as an instrument. The results show that most of the puerperal women belonged to the age group of 30 to 34 years of age, with higher university studies, cohabitants and housewives. No significant association was found between social factors and postpartum depression; the type of delivery was the only obstetric factor that presented a significant association to postpartum depression, according to $p = 0.009$. It is concluded that social factors and some obstetric factors are not associated and postpartum depression.

Key words: social factors, obstetric factors, postpartum depression.

INTRODUCCIÓN

Las mujeres atraviesan por diversas etapas en la vida, de ellas, el embarazo, el parto y el puerperio representan las más trascendentales, pues están llenas de cambios físico-químicos y psicológicos que podrían generar algún desbalance emocional.

La depresión post parto es una enfermedad que padecen las mujeres después de haber dado a luz, cursa con una profunda tristeza, angustia, ansiedad y melancolía indetectables al inicio, en nuestro medio no se le ha dado la prioridad que merece ya que afecta no solo la salud de las mujeres, sino también el bienestar de las familias y sociedad.

En ese sentido es que se realizó el presente estudio con el objetivo de determinar la asociación entre los factores sociales y obstétricos, y el riesgo de depresión post parto en puérperas atendidas en el hospital II EsSalud – Cajamarca, respecto a los factores sociales se identificó que en su mayoría las puérperas se encuentran entre los 30 y 34 años de edad, con educación superior universitaria, convivientes y con ocupación su casa, además de parto por cesárea. En cuanto a los factores obstétricos se encontró que las puérperas mayoritariamente fueron multíparas, con parto a término, iniciaron su control prenatal en el primer trimestre, con parto vaginal y no tuvieron antecedentes obstétricos negativos

Se determinó que existe asociación significativa entre las variables vía del parto y depresión, según coeficiente de correlación $p = 0,009$.

DISEÑO METODOLÓGICO

Diseño y tipo de estudio

El tipo de estudio de la presente investigación correspondió a un diseño no experimental, de corte transversal; tipo descriptivo correlacional.

Área de estudio y población

El estudio se llevó a cabo en el distrito de Cajamarca que está ubicado en la zona nor andina del Perú, entre los paralelos 4° 30' y 7° 30' de latitud sur, y los meridianos 77° 47' y 79° 20' de longitud oeste, a 856 km de la capital del país, Lima, a una altitud de 2,720 m.s.n.m. y cuenta con una T° media anual de 18,9°C.

Para obtener el tamaño de la muestra, se tomó como base el número total de partos atendidos en el Hospital II EsSalud – Cajamarca, durante el año 2017, que hacen un total de 1 260 partos en ese año; según la base de datos de Hospital II EsSalud – Cajamarca.

Muestra y muestreo

Para encontrar el tamaño de la muestra se utilizó el muestreo probabilístico (aleatorio simple) es decir que todos los elementos tuvieron la misma probabilidad de ser elegidos

Unidad de análisis

La unidad de análisis en la presente investigación estuvo constituida por cada una de las puérperas tardías (entre los 7 y 40 días post parto) atendidas en el Hospital II EsSalud – Cajamarca, en el año 2018.

Procedimientos, técnicas y descripción del instrumento

Para la realización del presente estudio de investigación, en primera instancia se informó y solicitó permiso al Director del Hospital II EsSalud-Cajamarca, para proceder a realizar la encuesta y así recolectar la información necesaria.

En segunda fase se solicitó el consentimiento y apoyo de las puérperas a quienes se les aplicó el instrumento correspondiente.

Las puérperas fueron encuestadas en consultorio de obstetricia, al realizar su primer y segundo control de puerperio, hasta los 40 días post parto.

Se utilizó la técnica de la encuesta como instrumento:

Un cuestionario de recolección de datos, en donde se consignaron los datos personales, sociales y obstétricos de las puérperas como edad, estado civil, procedencia, ocupación, grado de instrucción, vía del parto, paridad, edad gestacional, etc.

2. La Escala de Depresión Postnatal de Edimburgo (EDPE).

Esta escala consiste en un registro de auto aplicación, que consta de 10 preguntas con cuatro opciones de respuesta cada una; 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.

Procesamiento y análisis de datos

El procesamiento electrónico de la información se realizó a través del Programa IBM SPSS Versión 21 y Microsoft Excel para Windows, cuya finalidad es generar una base de datos. El proceso fue orientado a organizar los datos y resumirlos en tablas simples y de contingencia, frecuencias absolutas y relativas, analizando los mismos con indicadores estadísticos como frecuencias, medianas. Para establecer asociación entre las variables se aplicó el Chi cuadrado, válida para determinar asociación que posibilita determinar si existe o no una asociación estadísticamente significativa entre las variables factores sociales y obstétricos y la depresión post parto, considerando un valor de $p \leq 0,05$ como un valor de asociación significativa.

Análisis de datos

Una vez obtenidos los datos requeridos, se procedió a la clasificación, codificación y tabulación de la muestra. Para la interpretación y análisis se procedió de la siguiente manera:

Control de calidad de datos

La calidad de los datos dependió fundamentalmente de la funcionalidad del instrumento usado para su recolección, para lo cual se realizó una prueba piloto.

Además, se asumió un 95% de confiabilidad de los resultados ya que los datos fueron recolectados por la misma autora de la investigación.

RESULTADOS DE LA INVESTIGACIÓN, ANÁLISIS Y DISCUSIÓN.

Tabla 01. Factores sociales de las puérperas atendidas en el Hospital II EsSalud Cajamarca, 2018

Edad	n°	%
14 - 19 años	20	6,8
20 - 24 años	26	8,8
25 - 29 años	81	27,6
30 - 34 años	103	35,0
35 - 39 años	40	13,6
40 a más	24	8,2
Total	294	100,0
Grado de instrucción	n°	%
Educación inicial	1	,3
Primaria incompleta	11	3,7
Primaria completa	29	9,9
Secundaria incompleta	27	9,2
Secundaria completa	76	25,9
Superior técnico	68	23,1
Superior universitario	82	27,9
Total	294	100,0
Estado civil	n°	%
Conviviente	187	63,6
Casada	94	32,0
Soltera	13	4,4
Total	294	100,0
Ocupación	n°	%
Estudiante	28	9,5
Su casa	114	38,8
Trabajo independiente	20	6,8
Empleada sector publico	42	14,3
Empleada sector privado	90	30,6
Total	294	100,0

Fuente: cuestionario de recolección de datos

En la presente tabla se aprecia que el mayor porcentaje de puérperas atendidas en el Hospital II EsSalud Cajamarca pertenecen al grupo etáreo de 30 - 34 años con 35%, además el 27,6% corresponde a las de 25 - 29 años, y en su mayoría puérperas adolescentes con 6,8%.

Estos datos se asemejan con los de Romero (2015) quien en su estudio encontró que el mayor porcentaje de puérperas (29%) se encuentran entre los 26 a 30 años, pero difieren de Carrillo (2013) quien mostró en su estudio que el grupo etáreo más frecuente fue de 21 a 25 años.

La edad cobra importancia porque cada grupo etáreo tiene características peculiares tanto físicas como psicológicas; las mujeres en edades de 30 a 34 años son más estables emocional y económicamente, pues la mayoría de ellas se pueden encontrar laborando o ser amas de casa en un hogar constituido; en tanto que las adolescentes en su mayoría aún no obtienen madurez psicológica, se encuentran estudiando y dependen económicamente de sus padres o en última instancia de la pareja.

Estudios realizados confirman que, las puérperas más jóvenes se deprimen tres veces más que las adultas (29), con estos datos se estima que las adolescentes son uno de los grupos etarios que presentan mayor probabilidad de sufrir

depresión, ya que en esta etapa se llevan a cabo procesos de cambios físicos, psicológicos, socioculturales y cognitivos, lo cual, si se relaciona con el puerperio, ocasiona una demanda mayor en el desarrollo de estrategias de afrontamiento.

En cuanto al grado de instrucción se aprecia que el mayor porcentaje de puérperas tiene estudio superior universitario con 27,9%, se destaca también que el 25,9% tiene secundaria completa.

Estos resultados difieren de Carrillo (2013) quien muestra en su estudio que el 21% estudiaron educación primaria, 12% bachillerato, y 4% superior técnica. Difieren también con los resultados obtenidos por Romero (2015), quien muestra en su estudio que el 96% poseían estudios superiores.

El grado de instrucción puede determinar la condición social de las personas, en tal sentido, aquellas puérperas con educación superior pueden tener un estilo de vida más saludable que aquellas con educación menor, además de ser un determinante social de la salud de suma importancia, pues a mayor grado de educación los resultados en cuanto salud son mejores; existen una mayor tendencia al autocuidado sobre todo durante el puerperio con los consecuentes resultados positivos para la madre, y el recién nacido.

Molero y Cols, mencionan en su estudio que las mujeres con educación universitaria presentan significativamente un menor riesgo para el desarrollo de depresión post parto; refieren también una asociación entre los niveles educativos más bajos con una mayor gravedad de la sintomatología depresiva (30).

Respecto al estado civil, se muestra que el grupo de puérperas convivientes representa un porcentaje significativo de 63,6 %, seguido del grupo de las casadas con 32,0%, mientras que las solteras representan el 4,4%.

Los presentes datos son similares a los de Romero (2015), quien en su estudio expone que el 96% de puérperas estaban acompañadas por su pareja, ya sea como conviviente o casada, pero dispar con los resultados de Carrillo (2013), quien revela en su estudio que el estado civil predominante fue la unión libre (77%), seguido de las casadas con 13% y por último el 10% fueron solteras.

El estado civil de las mujeres influye en su estado de ánimo, aquellas que cuentan con pareja (convivientes o casadas) presentarían mayor soporte emocional que las solteras o divorciadas, así como mayor apoyo social o económico, demostrando estabilidad mental y física para superar alteraciones emocionales en el puerperio, sin embargo, por razones contrarias, las solteras son más vulnerables a presentar estados de depresión en el post parto.

Según los datos encontrados por Young (2017), el hecho de presentar una relación de estabilidad y calidad de unión con la pareja previenen este tipo de patologías (depresión post parto), las mujeres que estaban menos satisfechas con sus relaciones de pareja presentaban mayor gravedad en las respuestas obtenidas en el cuestionario de Edimburgo (31).

Referente a la ocupación, el 38,8% de puérperas son amas de casa, el 30,6% son trabajadoras del sector privado; y el 6,8% cuentan con un trabajo independiente.

Los datos encontrados difieren con los encontrados por Carrillo (2013), quien en su estudio obtuvo que la ocupación más frecuente de las mujeres con depresión posparto, fueron empleadas con el 3%, seguida de bailarina, comerciante y estudiante, cada una de estas últimas con 1%.

La ocupación permite obtener un salario con el cual se pueden solventar las necesidades básicas del hogar o en todo caso ayudar a la pareja en los gastos que requiere la familia, de tal forma que provee bienestar económico y seguridad a las personas, en tal sentido las mujeres con una ocupación remunerada son más estables psicológicamente pudiendo sobrellevar con éxito el proceso del embarazo, el parto y finalmente el puerperio.

La mayoría de puérperas amas de casa, demuestra mayor dependencia económica de sus familias o de su pareja; además de ser madre deben asumir una multiplicidad de roles en el hogar lo que estaría asociado a depresión post parto (30).

Tabla 02. Factores obstétricos de las puérperas atendidas en el Hospital II EsSalud Cajamarca, 2018

Paridad de la puérpera	n°	%
Primípara	107	36,4
Múltipara	179	60,9
Gran múltipara	8	2,7
Total	294	100,0
Edad gestacional	n°	%
Pre término	25	8,5
A término	241	82,0
Post término	28	9,5
Total	294	100,0

Inicio de control pre natal	n°	%
Primer trimestre	207	70,4
Segundo trimestre	82	27,9
Tercer trimestre	5	1,7
Total	294	100,0
Vía del parto	n°	%
Vaginal	194	66,0
Cesárea	100	34,0
Total	294	100,0
Antecedente obstétrico	n°	%
Aborto	48	16,3
Óbito fetal	2	,7
Muerte neonatal	4	1,4
Ninguno	240	81,6
Total	294	100,0

Fuente: cuestionario de recolección de datos

La siguiente tabla indica que, las multiparas representan un porcentaje de 60,9%, seguido de las primiparas con 36,4%, y las gran multiparas son el 2,7% del total.

Los datos presentados son semejantes con los resultados de Carrillo (2013) quien en su estudio presentó que el 35% de puérperas fueron primiparas y el 65% fueron multiparas; pero son opuestos a los resultados presentado por Romero (2015) quien expone en sus resultados que, el 60% de puérperas eran primiparas, distan además, de Lipa (2014) quien indica que el 76,8% eran primiparas y el 23,2% eran multiparas.

La importancia de la paridad, resalta al analizar la salud de las mujeres después de un parto, las gran multiparas corren el riesgo de padecer alguna patología clínica durante el puerperio, como una hemorragia post parto, etc. Además influye en la economía de las familias y/o mujeres al aumentar la carga familiar, influye también en el cuidado personal de las puérperas cuando priorizan el cuidado de los hijos, conllevando esto a cuadros de estrés y desequilibrio emocional.

Ciertos estudios plantean si la paridad de la mujer podría tener influencia en cómo toleran el postparto, y si pueden desarrollar por esa causa un estado depresivo con más facilidad que otras, se ha sugerido que quizás las primiparas, por el hecho de ser primer embarazo presentan niveles de ansiedad mayor. Sin embargo, tienden a relacionarlo más con los niveles de ansiedad durante el embarazo que con la depresión (32).

En relación a la edad gestacional, los bebés nacidos a término representan el 82%, mientras que los nacidos pre término corresponden a un 8,6%.

La edad gestacional del recién es importante en la salud emocional de la madre cuando ésta se culpa o siente tristeza por su bebé que no nació en la fecha deseada, generando preocupación por las posibles complicaciones que este nacimiento podría conllevar, así mismo el hecho de no poder compartirlo con su entorno familiar o amical por permanecer en una incubadora, en el caso de pre término, implicaría sentimientos negativos y posible depresión en la madre.

El parto prematuro se constituye en una situación muy estresante para las mujeres que lo sufren, ya que supone enfrentarse a una realidad no esperada, en la que se pierden sus expectativas sobre la vivencia del embarazo y el parto normal. Además, deberán afrontar no sólo la separación inicial de su hijo, sino también la pérdida de su rol maternal inmediatamente después del parto, ya que los cuidados se asumirán en la unidad neonatal. Por todo ello, durante el puerperio estas mujeres serán especialmente vulnerables a los problemas de salud mental, y tendrán más riesgo de sufrir niveles altos de ansiedad, depresión e incluso síntomas de estrés postraumático (33).

El impacto emocional se encuentra documentado en la bibliografía como un aumento del riesgo de padecer trastornos psicológicos en las madres de niños prematuros durante el posparto: tienen una prevalencia de ansiedad, depresión y estrés en el periodo puerperal superior a la de las madres con hijos sanos y a término. El riesgo de depresión puede duplicarse (33).

Concerniente al inicio de control prenatal de las puérperas, el mayor porcentaje de ellas inició su control en el primer trimestre con 70,4%; seguido por las que lo iniciaron en el tercer trimestre, con 1,7%.

El control prenatal es muy importante en la salud de las gestantes y consecuentemente en el de las puérperas, durante este, se puede detectar a tiempo posibles alteraciones emocionales que conllevarían a una depresión en el puerperio;

además de despejar dudas en el periodo gestacional, para que al llegar a la etapa del post parto dispongan de un amplio conocimiento en el manejo de sus emociones, de esta manera prevenir o detectar a tiempo los trastornos emocionales.

En la actualidad no hay estudios que detallen una asociación entre el número de controles prenatales y la depresión posparto (34).

Respecto a la vía del parto, en primer lugar se encuentran las puérperas de parto vaginal, con 66%, seguidas de las de parto por cesárea, con 34%.

Los datos hallados se asemejan a los de Carrillo (2013), quien muestra en su estudio que el 77% de puérperas obtuvo el producto por parto vaginal, y el 23% por cesárea, distinguiéndose de Romero (2015) quien en su estudio mostró que un 88% de puérperas referían parto por cesárea.

El parto desencadena un proceso hormonal fisiológico beneficioso para la mujer, en la mayoría de casos ellas están preparadas para un parto vaginal, lo que les proporciona seguridad al momento de dar a luz. Sin embargo el parto por cesárea, en algunos casos sucede por emergencia, no estando las mujeres preparadas para ello acarreando estados de ansiedad, miedo y estrés, lo que podría terminar en depresión post parto.

Es propicio mencionar que las cesáreas programadas también cursan con episodios de ansiedad y miedo, sin dejar de lado que la recuperación paulatina puede limitar la actividad física de la puérpera, generando angustia y posible depresión post parto. Por el contrario, la recuperación después de un parto vaginal es mucho más rápida y menos dolorosa.

Escaleno (2013) citado por Masías (2018) señala que las madres que han dado a luz por cesárea presentan niveles menores de oxitocina, mostrándose menos sensibles a las demandas de sus bebés, y con mayor riesgo de tener depresión posparto (35).

Correspondiente al tipo de antecedentes obstétricos, el 81,6%, de puérperas no los presentaron, no obstante las puérperas que han presentado algún aborto son el 16,3%.

Los antecedentes obstétricos representa un factor importante para la depresión post parto, las mujeres que tuvieron algún aborto corren el riesgo de sufrir sentimientos de culpa por el niño no nacido, desórdenes del sueño, ensoñaciones, enojo, ansiedad y cambios de actitud repentina, conllevando a alteraciones emocionales como la depresión.

Borda (2013) en su estudio señala que, la historia de aborto anterior es importante, ya que quienes presentan este evento tienen un riesgo casi cuatro veces mayor de presentar depresión post parto, que las que no lo presentaron (36).

Tabla 03. Riesgo de depresión de las puérperas atendidas en el Hospital II EsSalud Cajamarca, 2018

Riesgo de Depresión	n°	%
Sin riesgo (0 - 9 puntos)	196	66,7
Riesgo límite de depresión (10 - 12 puntos)	74	25,2
Probable depresión (13 puntos a mas)	24	8,2
Total	294	100,0

Fuente: cuestionario de recolección de datos

La tabla presentada muestra que el grupo de puérperas con probable depresión representan el 8,2%, aquellas con riesgo límite de depresión el 25,2%, finalmente aquellas sin riesgo de depresión representan el 66,7%.

Estos datos tienen semejanza con Carrillo (2013), quien en su estudio observó que la frecuencia de depresión post parto en el total de mujeres en etapa de puerperio encuestadas, fue del 25%, mientras que el 75% restante no la mostraron. Concuerdan también con los resultados de Romero (2015) quien encontró como resultados que existe un riesgo de depresión post parto en 20% y probable depresión en 9,09%. Sin embargo los datos presentados distan de Santacruz (2014) quien en su estudio concluyó que existe una prevalencia de 34,3% de depresión post parto; y de Lipa (2014) quien demostró que el 53,6% presentan depresión y el 46,4% no la presentan.

La depresión post parto es un indicador de salud mental de las mujeres, cuando se presenta afecta no solo a la madre sino también al entorno familia, dado que una madre deprimida o con riesgo de depresión va a deteriorar su calidad de vida incapacitando sus labores como madre y mujer, además de requerir en muchos casos ayuda profesional.

Masías (2018) afirma que, la depresión postparto, puede tener un impacto negativo en el desarrollo del bebé, ya que las madres que se perciben como no eficaces en su rol maternal, tienden a adoptar prácticas parentales negativas, aunque tales prácticas pueden verse influidas por diferencias culturales sobre el rol de madre y la interacción con los hijos (35).

Tabla 04. Riesgo de depresión según grupo etario de las puérperas atendidas en el Hospital II EsSalud – Cajamarca, 2018.

Edad	Riesgo de Depresión						Total	
	Sin riesgo (0 - 9 puntos)		Riesgo límite de depresión (10 - 12 puntos)		Probable depresión (13 puntos a más)		n	%
	n	%	n	%	N	%		
14 - 19 años	13	6,6	4	5,4	3	12,5	20	6,8
20 - 24 años	20	10,2	5	6,8	1	4,2	26	8,8
25 - 29 años	58	29,6	17	23,0	6	25,0	81	27,6
30 - 34 años	70	35,7	25	33,8	8	33,3	103	35,0
35 - 39 años	23	11,7	14	18,9	3	12,5	40	13,6
40 a más	12	6,1	9	12,2	3	12,5	24	8,2
Total	196	66,7	74	25,2	24	8,2	294	100,0

Fuente: datos recolectados por la autora

$$\chi^2 = 8,793$$

$$\text{Valor de } p = 0,552$$

En la presente tabla se logra evidenciar que del grupo etáreo de 30-34 años, el 35,7% de puérperas no presentó riesgo de depresión, de este mismo grupo el 33,8% tuvieron riesgo límite de depresión, pero el 33,3% presentó probable depresión. En cuanto a edades extremas, no se evidencia una diferencia significativa entre ambas.

Las puérperas con probable depresión representan un porcentaje minoritario en esta investigación, siendo superadas por aquellas que no presentaron riesgo de depresión, esto se debería a que en su mayoría las encuestadas fueron del grupo etario de 30 a 34 años de edad, rescatando que el factor edad es importante en la depresión post parto, pues a mayor edad existe mayor probabilidad de asimilar de manera adecuada el proceso del parto y entender de manera eficaz los cambios que van acontecer.

Una investigación venezolana, en cuyo estudio concluyó que las mujeres adolescentes tienen más factores de riesgo para el desarrollo de depresión, instando con esto a una mayor atención prenatal de estas embarazadas y mayor valoración psicológica y social para eliminar factores de riesgo en potencia (37).

No se halló asociación significativa para este factor según $p = 0,552$.

Tabla 05. Riesgo de depresión según grado de instrucción de las puérperas atendidas en el Hospital II EsSalud – Cajamarca, 2018.

Grado de instrucción	Riesgo de Depresión						Total	
	Sin riesgo (0 - 9 puntos)		Riesgo límite de depresión (10 - 12 puntos)		Probable depresión (13 puntos a más)		N	%
	n	%	N	%	n	%		
Educación inicial	1	0,5	0	0,0	0	0,0	1	0,3
Primaria incompleta	10	5,1	1	1,4	0	0,0	11	3,7
Primaria completa	17	8,7	9	12,2	3	12,5	29	9,9
Secundaria incompleta	21	10,7	2	2,7	4	16,7	27	9,2
Secundaria completa	51	26,0	20	27,0	5	20,8	76	25,9
Superior técnico	44	22,4	19	25,7	5	20,8	68	23,1
Superior universitario	52	26,5	23	31,1	7	29,2	82	27,9
Total	196	66,7	74	25,2	24	8,2	294	100,0

Fuente: datos recolectados por la autora

$$\chi^2 = 10,683$$

$$\text{Valor de } p = 0,556$$

Los resultados de la tabla muestran que, de las puérperas con estudio superior universitario el 31,1% presentaron riesgo límite de depresión, el 29,2% presentaron probable depresión y el 26,5% no tuvieron riesgo.

En la presente investigación las puérperas con estudio superior universitario representaron el mayor porcentaje de riesgo límite de depresión, esto tal vez por su mayor nivel de comprensión de los riesgos que conlleva un parto, en comparación con aquellas puérperas con primaria completa que no presentaron depresión, posiblemente porque no interiorizan a profundidad los sucesos que acarrea un parto.

Una investigación demostró una mayor frecuencia de depresión postparto en mujeres con estudios universitarios e ingreso socioeconómico bajo, de importancia para el desarrollo de depresión postparto (37).

Estadísticamente no se encontró asociación significativa entre ambas variables según $p=0,556$.

Tabla 06. Riesgo de depresión según estado civil de las puérperas atendidas en el Hospital II EsSalud – Cajamarca, 2018.

Estado civil	Riesgo de Depresión						Total	
	Sin riesgo (0 - 9 puntos)		Riesgo límite de depresión (10 - 12 puntos)		Probable depresión (13 puntos a más)		n	%
	N	%	n	%	n	%		
Conviviente	133	67,9	38	51,4	16	66,7	187	63,6
Casada	55	28,1	32	43,2	7	29,2	94	32,0
Soltera	8	4,1	4	5,4	1	4,2	13	4,4
Total	196	66,7	74	25,2	24	8,2	294	100,0

Fuente: datos recolectados por la autora

$$\chi^2 = 6,493$$

Valor de $p=0,165$

De los datos obtenidos se observa que, de las puérperas convivientes el 67,9% no presentaron riesgo de depresión. De las casadas el 43,2% tuvieron riesgo límite, y el 29,2% de las mismas, probable depresión.

La influencia del estado civil en la depresión post parto radica en el soporte emocional que aporta la pareja a la parturienta, en tal sentido el presente estudio muestra que las solteras reflejaron mayor riesgo de presentar depresión o que ya atraviesan por una probable depresión, es posible que después de un embarazo o parto sin pareja sientan añoranza y preocupación por un futuro sin compañía conyugal o una imagen paterna para sus hijos, estos casos conllevarían a episodios de depresión en la etapa puerperal.

Young (2017), menciona que el hecho de presentar una relación de estabilidad y calidad de unión con la pareja previene la depresión post parto, refiere también que las mujeres que estaban menos satisfechas con sus relaciones de pareja presentaban mayor gravedad en las respuestas obtenidas en el test de Edimburgo. (31).

Estadísticamente no existe asociación significativa entre ambas variables según $p=0,165$.

Tabla 07. Riesgo de depresión según ocupación de las puérperas atendidas en el Hospital II EsSalud – Cajamarca, 2018.

Ocupación	Riesgo de Depresión						Total	
	Sin riesgo (0 - 9 puntos)		Riesgo límite de depresión (10 - 12 puntos)		Probable depresión (13 puntos a más)		N	%
	n	%	N	%	n	%		
Estudiante	18	9,2	7	9,5	3	12,5	28	9,5
Su casa	81	41,3	26	35,1	7	29,2	114	38,8
Trabajo independiente	11	5,6	7	9,5	2	8,3	20	6,8
Empleada sector publico	27	13,8	9	12,2	6	25,0	42	14,3
Empleada sector privado	59	30,1	25	33,8	6	25,0	90	30,6

Total	196	66,7	74	25,2	24	8,2	294	100,0
--------------	-----	------	----	------	----	-----	-----	-------

Fuente: datos recolectados por la autora

$$x^2 = 9,762$$

$$\text{Valor de } p = 0,462$$

En la tabla 07, se puede notar que las puérperas de ocupación su casa representa el 29,2% de aquellas con probable depresión, y el 8,3% pertenece a las de trabajo independiente. Además, las madres trabajadoras del sector público y privado alcanzan igual porcentaje respecto a probable depresión, con 25% cada grupo.

Si bien, la ocupación remunerada genera estabilidad económica en las puérperas y por ende equilibrio social y emocional, en el presente estudio la mitad de mujeres deprimidas estaban laborando, lo cual evidenciaría que el no permanecer a tiempo completo con sus recién nacidos genera preocupación o sentimientos de tristeza que incrementan una probable depresión en el post parto.

Cerda, M. (2017) reporta en su estudio, no encontrar diferencia significativa entre la variable ocupación y depresión post parto (38).

No se encontró asociación estadísticamente significativa entre ambas variables según $p = 0,462$.

Tabla 08. Riesgo de depresión según paridad de las puérperas atendidas en el Hospital II EsSalud – Cajamarca, 2018.

Paridad	Riesgo de Depresión						Total	
	Sin riesgo (0 - 9 puntos)		Riesgo límite de depresión (10 - 12 puntos)		Probable depresión (13 puntos a más)			
	n	%	n	%	N	%	N	%
Primípara	66	33,7	30	40,5	11	45,8	107	36,4
Múltipara	125	63,8	41	55,4	13	54,2	179	60,9
Gran múltipara	5	2,6	3	4,1	0	0,0	8	2,7
Total	196	66,7	74	25,2	24	8,2	294	100,0

Fuente: datos recolectados por la autora

$$x^2 = 3,305$$

$$\text{Valor de } p = 0,508$$

En la tabla actual se evidencia que las puérperas múltiparas representan el 54,2% de casos con probable depresión, evidenciando una gran diferencia con las gran múltiparas, que no tuvieron ningún caso de depresión.

En el presente estudio las puérperas primíparas son el segundo grupo con mayor porcentaje de probable depresión, esto podría suscitarse por el temor innato a su primera experiencia como madres, o por la deficiente información que reciben sobre esta nueva etapa en sus vidas. En cuanto a las múltiparas, una probable depresión se podría atribuir al estado de tensión al que están sometidas cuando asumen el cuidado del resto de la familia, de las tareas de hogar y el trabajo en ciertos casos, limitando así el tiempo para ellas mismas.

Choque, V. (2013), citado por Cerda, M. (2017) observó que las mujeres que tienen más de un hijo tienen una probabilidad dos veces mayor que las primíparas de tener un episodio más severo de depresión post parto, además señaló que la multiparidad es un factor asociado a la depresión postparto, con un número de hijos de 3 a 4 (28).

Estadísticamente no se encontró relación significativa entre ambas variables según $p = 0,508$.

Tabla 09. Riesgo de depresión según edad gestacional del recién nacido, de las púerperas atendidas en el Hospital II EsSalud – Cajamarca, 2018.

Edad gestacional	Riesgo de Depresión						Total	
	Sin riesgo (0 - 9 puntos)		Riesgo límite de depresión (10 - 12 puntos)		Probable depresión (13 puntos a más)			
	n	%	n	%	n	%	N	%
Pre término	16	8,2	6	8,1	3	12,5	25	8,5
A término	167	85,2	57	77,0	17	70,8	241	82,0
Post-término	13	6,6	11	14,9	4	16,7	28	9,5
Total	196	66,7	74	25,2	24	8,2	294	100,0

Fuente: datos recolectados por la autora

$$\chi^2 = 6,547$$

$$\text{Valor de } p = 0,162$$

La presente tabla muestra que, el 12,5%, y el 16,7% de púerperas con probable depresión tuvieron hijos pre término y post término respectivamente, el 85,2% sin riesgo de depresión terminaron su embarazo a término.

La culminación de la gestación dentro del límite establecido supone bienestar al recién nacido y la madre, sin embargo cuando ocurre antes o después genera preocupación y sentimientos de culpa en la progenitora, el presente estudio evidencia que no existe riesgo de depresión en púerperas con niños nacidos a término, sin embargo la tasa de probable depresión es baja cuando se trata de madres con recién nacidos pre término.

Puig, S. y Cols. (2018); en su estudio menciona que, el impacto emocional se encuentra documentado en la bibliografía como un aumento del riesgo de padecer trastornos psicológicos en las madres de niños prematuros durante el posparto: tienen una prevalencia de ansiedad, depresión y estrés en el periodo puerperal superior a la de las madres con hijos sanos y a término. El riesgo de depresión puede duplicarse (33).

No se encontró asociación estadísticamente significativa entre ambas variables según $p = 0,162$.

Tabla 10. Riesgo de depresión según inicio de control prenatal de las púerperas atendidas en el Hospital II EsSalud – Cajamarca, 2018.

Inicio de control prenatal	Riesgo de Depresión						Total	
	Sin riesgo (0 - 9 puntos)		Riesgo límite de depresión (10 - 12 puntos)		Probable depresión (13 puntos a más)			
	n	%	N	%	n	%	n	%
Primer trimestre	135	68,9	56	75,7	16	66,7	207	70,4
Segundo trimestre	58	29,6	17	23,0	7	29,2	82	27,9
Tercer trimestre	3	1,5	1	1,4	1	4,2	5	1,7
Total	196	66,7	74	25,2	24	8,2	294	100,0

Fuente: datos recolectados por la autora

$$\chi^2 = 2,208$$

$$\text{Valor de } p = 0,698$$

La tabla indica que las púerperas que iniciaron su control prenatal en el primer trimestre son el 68,9% de aquellas sin riesgo de depresión, sin embargo, las que iniciaron en el tercer trimestre representan el 4,2% de las que tuvieron probable depresión.

Independientemente del trimestre en que se inicie el control prenatal parece no influenciar en la depresión post parto, sin embargo las mujeres que inician sus controles en el primer trimestre posiblemente tengan mayor preparación en cuanto al parto y puerperio recibida por el personal de salud que las atendió, ello contribuiría a sobrellevar las alteraciones emocionales en la etapa del puerperio, al respecto la bibliografía revisada no muestra relación entre el control pre natal y la depresión.

Dentro del ámbito nacional la bibliografía muestra a Young, C. (2017), quien refiere que, en los controles prenatales se marca la pauta de atención integral de la gestante en donde la paciente acude a consultas de distintas áreas; y que el hecho de no acudir a los controles prenatales es una desventaja para estas pacientes que no se les puede hacer diagnóstico de otras patologías por ejemplo en el campo de salud mental y ello, una de las razones probables de aumento de depresión posparto en este grupo de pacientes (31).

No se encontró asociación estadísticamente significativa entre ambas variables según $p=0,698$.

Tabla 11. Riesgo de depresión según vía del parto de las puérperas atendidas en el Hospital II EsSalud – Cajamarca, 2018.

Vía del parto	Riesgo de Depresión						Total	
	Sin riesgo (0 - 9 puntos)		Riesgo límite de depresión (10 - 12 puntos)		Probable depresión (13 puntos a más)			
	n	%	n	%	N	%	N	%
Vaginal	139	70,9	45	60,8	10	41,7	194	66,0
Cesárea	57	29,1	29	39,2	14	58,3	100	34,0
Total	196	66,7	74	25,2	24	8,2	294	100,0

Fuente: datos recolectados por la autora

$$\chi^2 = 9,332$$

$$\text{Valor de } p = 0,009$$

En la presente tabla se interpreta que, de aquellas que tuvieron parto por cesárea el 58,3% presentó probable depresión, y las que tuvieron parto vaginal son el 41,7% del mismo grupo con probable depresión.

El parto es un evento fisiológico que demanda preparación física y psicológica en las mujeres, si éste cursa con alguna complicación que termine en cesárea, las madres atravesarían por episodios de ansiedad y estrés al sentir que la situación salió de sus manos, esto acarrea desordenes en la salud mental trayendo consigo probable depresión en el post parto.

Los resultados obtenidos están de acuerdo con los presentados por Cordova, J. (2017) en su estudio, la tasa de depresión posparto fue del 21,7% en las mujeres que tuvieron cesárea y del 10,7% en las mujeres cuyo parto fue por vía vaginal (38).

Se encontró asociación estadísticamente significativa entre ambas variables según $p=0,009$.

Tabla 12. Riesgo de depresión según antecedentes obstétricos de las puérperas atendidas en el Hospital II EsSalud – Cajamarca, 2018.

Antecedente obstétrico	Riesgo de Depresión						Total	
	Sin riesgo (0 - 9 puntos)		Riesgo límite de depresión (10 - 12 puntos)		Probable depresión (13 puntos a más)			
	n	%	N	%	n	%	n	%
Abortos	34	17.3	9	12.2	5	20.8	48	16.3
Nacidos muertos	0	0.0	2	2.7	0	0.0	2	0.7
Muerto después de nacer	1	0.5	2	2.7	1	4.2	4	1.4
Ninguna	161	82.1	61	82.4	18	75.0	240	81.6
Total	196	66.7	74	25.2	24	8.2	294	100.0

Fuente: datos recolectados por la autora

$$\chi^2 = 10,707$$

$$\text{Valor de } p = 0,098$$

La siguiente tabla indica que de las puérperas con antecedente de aborto el 20,8% presentaron probable depresión, y aquellas sin ningún antecedente representan el 82,1% del grupo sin riesgo.

Los antecedentes obstétricos no representan un factor influyente en la depresión post parto, sin embargo se ha encontrado mayor índice de depresión en pacientes con antecedentes de aborto, esto sucedería porque las mujeres evocarían recuerdos de aquellos eventos traumáticos.

En un estudio se demostraron la prevalencia de depresión posparto y los factores asociados, en pacientes puérperas en México, obteniendo una prevalencia de dicha patología de 18%, con asociación a antecedente de aborto u óbito, concluyendo que la depresión postparto tiene una prevalencia relativamente baja asociada a los factores mencionados (10).

Estadísticamente no se encontró relación significativa entre ambas variables según $p=0,098$.

CONCLUSIONES

La mayoría de las puérperas pertenecen al grupo etáreo de 30 a 34 años de edad, con estudio superior universitario, convivientes y amas de casa.

Las puérperas estudiadas, en su mayoría son primíparas, con edad gestacional a término, iniciaron su control prenatal en el primer trimestre, tuvieron un parto por vía vaginal y no presentaron ningún antecedente obstétrico negativo.

Se determinó que las puérperas en estudio, en su mayoría no presentaron riesgo de depresión.

El tipo de parto fue el único factor obstétrico que presentó asociación significativa a la depresión post parto, según $p=0,009$.

RECOMENDACIONES

Al jefe y encargados del servicio de ginecología y obstetricia del Hospital II EsSalud – Cajamarca, implementar el cuestionario de depresión post parto de Edimburgo en sus servicios, para detectar posibles casos de depresión. Se recomienda además, coordinar con el servicio de psicología del hospital, para que se dé prioridad de atención a las pacientes derivadas de obstetricia, de esta manera se dará atención rápida y oportuna a las puérperas identificadas con depresión, o riesgo de depresión post parto.

A los profesionales obstetras del hospital II EsSalud – Cajamarca, brindar charlas sobre depresión post parto a todas las gestantes y puérperas tendidas en su establecimiento, con énfasis en las de parto por cesárea.

A los futuros tesisistas que estén interesados en el tema, realizar investigaciones más minuciosas que despejen dudas sobre las causas de la depresión post parto.

BIBLIOGRAFÍA

30. Molero y Cols. *Prevalencia de depresión postparto en puérperas adolescentes y adultas*. REV CHIL OBSTET GINECOL. VOL.79 no.4 Santiago 2014 (fecha de último acceso 20 de noviembre del 2018). Disponible en URL: <http://dx.doi.org/10.4067/S0717-75262014000400008>
31. Young C. *Factores asociados a depresión postparto en puérperas del servicio de obstetricia del Hospital Nacional Arzobispo Loayza*. Tesis para optar el título profesional de médico cirujano. Universidad Nacional Mayor de San Marcos Lima 2017. (fecha de último acceso 20 de noviembre del 2018). Disponible en URL: http://cybertesis.unmsm.edu.pe/bitstream/handle/cybertesis/5990/Young_cc.pdf?sequence=1&isAllowed=y
32. Valenci S. *La Depresión Post Parto*. Curso académico 2015 – 2016 convocatoria de defensa junio. Universidad Pública de Navarra. (fecha de último acceso 20 de noviembre del 2018). Disponible en URL: https://academica-e.unavarra.es/bitstream/handle/2454/23448/depresion_postparto_saioavalencia.pdf?sequence=1&isAllowed=y
33. Puig S. y Cols, *Ansiedad Y Depresión En Las Madres De Recién Nacidos Prematuros. Estrategias De Intervención Y Revisión De La Bibliografía*. Matronas Prof. 2018; 19(1): 21-27. (fecha de último acceso 20 de noviembre del 2018). Disponible en URL: http://www.federacion-matronas.org/wp-content/uploads/2018/04/Revision_Ansiedad-1.pdf
34. Gonzales M. *Prevalencia De Depresión Posparto En Puérperas Adolescentes Y Adultas En El Hospital Nacional Sergio E. Bernales, Mayo 2016*. Tesis Para Optar El Título Profesional De Licenciado En Obstetricia. Universidad Nacional Mayor De San Marco. 2017.(fecha de último acceso 20 de noviembre del 2018). Disponible en URL: http://cybertesis.unmsm.edu.pe/bitstream/handle/cybertesis/5685/Gonzales_am.pdf
35. Masías M. y Col. *Prevalencia dela depresión post parto en Arequipa, Perú*. Rev Med Hered. 2018; 29:226-231 (fecha de último acceso 20 de noviembre del 2018). Disponible en URL: <http://www.scielo.org.pe/pdf/rmh/v29n4/a04v29n4.pdf>
36. Borda M. y Cols, *Depresión Y Factores De Riesgos Asociados En Embarazadas De 18 A 45 Años Asistentes Al Hospital Niño Jesús En Barranquilla (Colombia)*. Salud Uninorte. Barranquilla (Col.) 2013; 29 (3): 394-404. (fecha de último acceso 20 de noviembre del 2018). Disponible en URL: <http://www.scielo.org.co/pdf/sun/v29n3/v29n3a07.pdf>
37. Melendez M. y Cols, *Depresión Postparto Y Los Factores De Riesgo*. Rev. Salus.UC. 21(3):7-12.2017. (fecha de último acceso 05 de diciembre del 2018). Disponible en URL: <https://www.redalyc.org/pdf/3759/375955679003.pdf>
38. Cordova, J. *"Factores asociados a depresión postparto en puéperas atendidas en hospital II-2 Santa Rosa durante septiembre-diciembre, 2017"* Tesis para optar el título de médico cirujano. Universidad Nacional de Piura. 2017 (fecha de último acceso 05 de diciembre del 2018). Disponible en URL: <http://repositorio.unp.edu.pe/bitstream/handle/UNP/1175/CIE-COR-ALV-18.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

ANEXO

ESCALA DE DEPRESIÓN POSTNATAL DE EDIMBURGO (EDPE)

Fecha ___/___/___

Como usted hace poco tuvo un bebe nos gustaría saber cómo se ha estado sintiendo. Por favor MARQUE la respuesta q más se acerca a como se ha sentido en los últimos 7 días o Por favor haga un círculo alrededor de la respuesta que más se acerca a como se ha sentido en los últimos 7 días.

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 ()

He mirado el futuro con placer:

- 0 Tanto como siempre ()
- 1 Algo menos de lo que solía hacer ()
- 2 Definitivamente menos ()
- 3 No, nada ()

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 ()

He sentido miedo y pánico sin motivo alguno:

- 3 Sí, bastante ()
- 2 Sí, a veces ()
- 1 No, no mucho ()
- 0 No, nada ()

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, nunca

He sido tan infeliz que he estado llorando:

- 3 Sí, casi siempre ()
- 2 Sí, bastante a menudo ()
- 1 Sólo en ocasiones ()
- 0 No, nunca ()

He estado ansiosa y preocupada sin motivo:

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

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 ()
nada ()

Me he sentido triste y desgraciada:

- 3 Sí, casi siempre ()
- 2 Sí, bastante a menudo ()
- 0 No muy a menudo ()
- 0 No, nada ()

He pensado en hacerme daño a mí misma:

- 3 Sí, bastante a menudo ()
- 2 A veces ()
- 1 Casi nunca ()
- 0 No, nunca.

