



Universidad Andina del Cusco

Facultad de Ciencias de la Salud

Escuela Profesional de Psicología



**Depresión Posparto en Puérperas Atendidas en los Hospitales
Regional y Lorena de la Ciudad de Cusco, 2018**

Tesis presentada por:

**Bach. Evelin Paola Jara Zuzunaga
Bach. Afrodita Urpi García Quispe**

**Para optar el título profesional de
psicólogas**

Asesor: Dr. Guido A. Torres Castillo

Cusco – 2019



Dedicatorias

A mis padres, Yolanda y Epifanio por haberme forjado como la persona que soy, a mi hermano Arthur por brindarme su apoyo incondicional y finalmente a Blake, mí gran compañero, por apoyarme y aconsejarme siempre.

Afrodita Urpi.

A Dios por haberme permitido llegar hasta este punto, a mi madre por todo su apoyo, por sus consejos y motivación constante, a toda mi familia y amigos que siempre me dieron aliento para no rendirme, a mi novio por sus palabras de confianza y apoyo para llegar a esta meta, a mi querido suegro quién hace muchas veces de un padre y finalmente a Giovanna del Risco por su apoyo y trabajo incondicional para ayudarme a conseguir esta meta.

Evelin Paola.



Agradecimientos

A todos nuestros docentes universitarios y personas cercanas que cooperaron con nuestra formación profesional y personal a lo largo de estos años.

A nuestro asesor Dr. Guido Américo Torres Castillo por permitirnos aprender de su conocimiento, por su guía y ayuda para la realización de nuestra tesis.

A los directivos y a las puérperas participantes del hospital Regional y Antonio Lorena del Cusco por su completo apoyo.



JURADO DE TESIS

Dra. Ps. Yanet Castro Vargas
Presidente - Replicante

Ps. Joya Bettina Contreras Flórez
Dictaminante

Ps. Gildo Vila Nuñonca
Dictaminante

Ps. Luis Fernando Gamio Gonzales
Replicante

Dr. Ps. Guido Américo Torres Castillo
Asesor



Índice general

Capítulo I

Introducción

1.1 Planteamiento del problema.....	01
1.2 Formulación del problema.....	06
1.2.1 Problema general.....	06
1.2.2 Problemas específicos.....	07
1.3 Justificación.....	08
1.3.1 Conveniencia.....	08
1.3.2 Relevancia social.....	08
1.3.3 Implicancias prácticas.....	09
1.3.4 Valor teórico.....	09
1.3.5 Utilidad metodológica.....	10
1.4 Objetivos de Investigación.....	10
1.4.1 Objetivo general.....	10
1.4.2 Objetivos específicos.....	10
1.5 Delimitación del estudio.....	12
1.5.1 Delimitación espacial.....	12
1.5.2 Delimitación temporal.....	12
1.6 Aspectos éticos.....	12

Capítulo II

Marco Teórico

2.1 Antecedentes del estudio.....	13
2.1.1 Antecedentes internacionales.....	13



2.1.2 Antecedentes nacionales.....	20
2.1.3 Antecedentes locales.....	27
2.2 Bases Teóricas.....	28
2.2.1 Depresión.....	28
2.2.2 Depresión posparto.....	30
2.2.3 Etiología de la depresión posparto.....	35
2.2.4 Cuadro clínico de la depresión posparto.....	41
2.2.5 Factores de riesgo de la depresión posparto.....	44
2.2.6 Consecuencias de la depresión posparto.....	46
2.2.7 Puerperio.....	49
2.3 Hipótesis.....	51
2.4 Variable de estudio.....	51
2.5 Definición de términos básicos.....	53
2.5.1 Puerperio.....	53
2.5.2 Depresión.....	53
2.5.3 Depresión posparto.....	53
Capítulo III	
Metodología	
3.1 Alcance del estudio.....	54
3.2 Diseño de la Investigación.....	54
3.3 Población.....	55
3.4 Muestra.....	55
3.4.1. Criterios de inclusión.....	55
3.4.2. Criterios de exclusión.....	56



3.5 Técnicas e instrumentos de recolección de datos.....	56
3.6 Validez y confiabilidad del instrumento.....	57
3.7 Plan de Análisis de Datos.....	60
Capítulo IV	
Resultados de la investigación	
4.1. Resultados respecto a los objetivos específicos.....	61
4.2. Resultados respecto al objetivo general.....	71
Capítulo V	
Discusión	
5.1. Descripción de los hallazgos más relevantes y significativos.....	72
5.2. Limitaciones del estudio.....	74
5.3. Comparación crítica con la literatura existente.....	75
5.4. Implicancias del estudio.....	83
Conclusiones.....	84
Sugerencias.....	86
Referencias bibliográficas.....	88
Apéndice	
A.....	94
B.....	95



Relación de tablas

Tabla 1. Operacionalización de la variable.....	52
Tabla 2. Distribución de la muestra por Hospital.....	56
Tabla 3. Capacidad de reír en puérperas atendidas en los servicios de maternidad del hospital Regional y del Hospital Antonio Lorena de la ciudad de Cusco.....	61
Tabla 4. Anhedonia en puérperas atendidas en los servicios de maternidad del hospital Regional y del Hospital Antonio Lorena de la ciudad de Cusco.....	62
Tabla 5. Culpabilidad en puérperas atendidas en los servicios de maternidad del hospital Regional y del Hospital Antonio Lorena de la ciudad de Cusco.....	63
Tabla 6. Ansiedad en puérperas atendidas en los servicios de maternidad del hospital Regional y del Hospital Antonio Lorena de la ciudad de Cusco.....	64
Tabla 7. Ataques de pánico en puérperas atendidas en los servicios de maternidad del hospital Regional y del Hospital Antonio Lorena de la ciudad de Cusco.....	65
Tabla 8. Angustia en puérperas atendidas en los servicios de maternidad del hospital Regional y del Hospital Antonio Lorena de la ciudad de Cusco.....	66
Tabla 9. Trastorno de sueño en puérperas atendidas en los servicios de maternidad del hospital Regional y del Hospital Antonio Lorena de la ciudad de Cusco.....	67



Tabla 10. Tristeza en puérperas atendidas en los servicios de maternidad del hospital

Regional y del Hospital Antonio Lorena de la ciudad de
Cusco.....68

Tabla 11. Llanto en puérperas atendidas en los servicios de maternidad del hospital

Regional y del Hospital Antonio Lorena de la ciudad de
Cusco.....69

Tabla 12. Ideas suicidas en puérperas atendidas en los servicios de maternidad del hospital

Regional y del Hospital Antonio Lorena de la ciudad de
Cusco.....70

Tabla 13. Depresión postparto en puérperas atendidas en los servicios de maternidad del

hospital Regional y del Hospital Antonio Lorena de la ciudad de
Cusco.....71



Resumen

La investigación se realizó en la ciudad de Cusco en los hospitales Regional y Antonio Lorena en el área de maternidad, con el objetivo de conocer las diferencias que presentan las puérperas en cuanto a la depresión posparto, la muestra lo constituye un total de 502 puérperas de ambos hospitales de naturaleza accidental. Es un estudio no experimental y descriptivo comparativo, para la recolección de datos se utilizó la técnica de la entrevista y el instrumento Escala de Depresión Posparto de Edimburgo. Los resultados muestran el riesgo de depresión en un 31.0% en el Hospital Regional y un 21.6% en el Hospital Antonio Lorena, una probable depresión en el Hospital Regional tiene un 17.4% y un 77.2% en el Hospital Antonio Lorena, sin riesgo de depresión en el Hospital Regional 51.6% y en el Hospital Antonio Lorena 1.2%.

Palabras clave: *depresión posparto – puérperas*

Abstract

The research was carried out in the city of Cusco in the hospitals Regional and Antonio Lorena in the maternity area, with the aim of knowing the differences that presents the puerperals with regard to postpartum depression. The sample consists of a total of 502 puerperals of both hospitals of accidental nature. It's a non-experimental and descriptive comparative study, the interview and the Edimburg's scale postpartum depression instrument were used for the recollection of data. The results showed the risk of depression in a 31.0% in the Regional hospital and 21.6% in the Antonio Lorena hospital, with out of risk of depression, 51.6% in the Regional hospital and 1.2% in Antonio Lorena.

Key words: *Postpartum depression-puerperals*



Capítulo I

Introducción

1.1 Planteamiento del problema

Los problemas emocionales durante el posparto ya se describían en detalle desde la antigüedad, un ejemplo de ellos son los primeros escritos de Hipócrates, 700 A.C., al igual que en escritos de Celcio y Galeno.

El trastorno depresivo es una enfermedad que afecta al cerebro, al ánimo y a la manera de pensar, lo que es considerado como un desorden del talante, el cual constituye la forma más común de sufrimiento mental, millones de personas en todo el mundo, sin importar sus razas, nacionalidades o culturas sufren esta enfermedad (Bright, J. I., Baker, K. D. y Neimeyer 1999).

La depresión posparto (DPP) es un fenómeno clínico reconocido hace varios siglos, sin embargo, a pesar de su recurrencia como otros temas referidos a la mujer; La atención que se le ha dedicado ha sido reducida limitándose mayormente al campo psiquiátrico.

La depresión posparto se incrementa en un 72.7% en parejas convivientes, existe un 51.1% de depresión posparto en partos de intervención cesárea y también desarrollaron depresión posparto en un 93.9% las púerperas que refieren haber amamantado al recién nacido (García y Surita, 2018).

Entre los factores obstétricos perinatales existe un 67.7% de depresión posparto en mujeres primíparas, y entre otros factores se encontró un 62.5% de depresión posparto en



amas de casa y un 54.2% en mujeres que no cuentan con el apoyo emocional de su pareja (Silvera, 2018).

Los factores asociados a la depresión posparto que se hallaron fueron; las edades comprendidas entre los 18 y 34 años, ser soltera, grado de instrucción primaria y analfabetismo, provenir de zonas rurales, abortos previos, sentimiento de incapacidad del cuidado del neonato, diagnósticos previos de depresión y depresión posparto (Córdova, 2017).

Estudios desarrollados en el Perú encontraron un 46.67% de prevalencia de depresión posparto en mujeres adultas y un 34.29% en adolescentes (Gonzales, 2016).

La DPP consiste en el desarrollo de un profundo estado de tristeza, ansiedad e irritabilidad en la madre tras el nacimiento de su hijo, dicho estado de alta vulnerabilidad psíquica, revelaría el sufrimiento de un conflicto interno, expresado como una grave dificultad para salir al encuentro del “gesto espontáneo” de su bebé (Winnicott, 1999).

Según la mayoría de estudios (Raphael-Leff, 1995; Lucas, 1993; Mills, 1997) la DPP es un fenómeno que afecta en distintos grados aproximadamente del 50% al 80% de las mujeres en la sociedad occidental. Se manifiesta a través de llanto, irritabilidad, sentimientos excesivos de culpa, trastornos del sueño y apetito, problemas en la concentración y aislamiento social. Tales síntomas conllevarían una pérdida de interés e indiferencia hacia el niño o bien se expresarían a través de actitudes intrusivas u hostiles hacia éste (Murray, 1997). En otros casos la DPP se acompaña de síntomas hipocondríacos, somatizaciones, temores y fantasías de la madre de dañarse a sí misma o a su bebé. (Raphael-Leff, 1995).

En la actualidad, los trastornos depresivos representan un problema importante de salud pública, estos se observan con mayor frecuencia en la población femenina que en la masculina y parece ser sustancialmente mayor durante el embarazo y el posparto que durante



otras épocas del ciclo vital, especialmente en las embarazadas de bajos ingresos económicos (Vargas y García, 2009).

La Escala de Depresión Posparto de Edimburgo es la herramienta de diagnóstico más eficiente a nivel mundial, por su especificidad. Los estudios realizados en el Perú indican que la depresión posparto tiene una prevalencia similar a la que puede encontrarse en otros momentos de la vida de la mujer; un componente ansioso importante y factores de riesgo psicosociales y biológicos, estos últimos relacionados a una mayor sensibilidad emocional ante cambios hormonales (Vega-Dienstmaier, 2018).

Si bien ser madre es siempre un gran desafío, tradicionalmente el embarazo ha sido asociado a un estado de bienestar emocional en la mujer; no obstante, se ha demostrado que entre el 30 y el 40% de las gestantes presentan algún síntoma de depresión y un 10% de ellas evolucionan en forma grave, requiriendo tratamiento psicológico y farmacológico. Lo anterior parece estar relacionado a factores biológicos, sociales y psicológicos (Vargas y García, 2009).

La depresión es distinta en cuanto a las variaciones habituales del estado de ánimo y de las respuestas emocionales breves a los problemas de la vida cotidiana. Puede dar origen a un problema de salud serio, especialmente cuando es de larga duración, moderada o grave, puede causar gran sufrimiento y alterar las actividades laborales, escolares y/o familiares y en el peor panorama, terminando en suicidio.

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, Organización Mundial de la Salud (OMS, 2018).



La sintomatología descrita por las investigaciones psiquiátricas (Lucas, 1993), así como del estudio de casos reportados desde la consulta clínica (Raphael-Leff, 2000), indican la vivencia de una crisis emocional en relación a factores hormonales, efectos fisiológicos de partos difíciles, falta de apoyo de la pareja y de la familia, pobreza y desempleo, es así que esta patología afecta a los integrantes de la familia, pues además de la sintomatología presentada en la madre, se asocia con ineficiencia para llevar a cabo actividades de la vida diaria que generan repercusiones sobre el cuidado del niño; que pueden ser casos de mala nutrición, falta de vacunas, tasas elevadas de patologías infecciosas, relaciones madre-hijo inestables, alteraciones del desarrollo psicomotor, problemas de conducta, problemas de lactancia, aumento de riesgo de violencia intrafamiliar, menor asistencia a controles de salud e inmunizaciones, ideas suicidas, negligencia con el infante, posibles adicciones, etc. El resto de la familia también puede verse afectada.

En la actualidad la depresión posparto es considerada una de las complicaciones psiquiátricas de mayor frecuencia durante el puerperio, por lo que se le considera una prioridad en la Salud Pública, debido a que la depresión posparto genera consecuencias en la salud materna y del neonato (Alhasanat y Fry-McComish, 2015).

La relevancia del estudio de la DPP se basa en el creciente conocimiento sobre los efectos adversos que ésta tiene sobre el desarrollo psíquico, cognitivo e intelectual del niño (Murray y Cooper, 1997), así como el riesgo de que este estado persista y derive en mayores complicaciones en la evolución de una saludable maternidad.

Considerando que en los Hospitales Regional y Antonio Lorena de Cusco, se atienden a aproximadamente 10 gestantes al día, se considera importante su estudio a través de la aplicación de instrumentos válidos y confiables, específicamente la razón del estudio es que



no se conoce a profundidad, la depresión que sufren las mujeres luego de dar a luz, en el proceso del puerperio.

La investigación que se pretende realizar busca contribuir a la tarea actual de los profesionales dentro del Servicio de Salud Mental del Hospital Regional del Cusco y Antonio Lorena, como, por ejemplo, realizar una mejor atención mediante la prevención, asimismo, es de esperar que los resultados que se obtengan del presente trabajo, ayuden a iniciar un espacio de estudio clínico y teórico capaz de generar mayor interés en cuanto al tema.

Se trata de conocer, a través de la investigación, las diferencias significativas o no, de la depresión posparto en mujeres atendidas en los dos hospitales aludidos, ambas cumplen los servicios de atención a pacientes de la ciudad de Cusco.

Considerando que la revisión de la literatura permite acceder a información sobre el tema de la depresión posparto, se puede reconocer la importancia de su estudio hasta encontrar datos muy significativos, sin embargo, el particular interés de este, que se pretende realizar, es a profundidad en cada uno de los Hospitales públicos de la ciudad, para luego hacer un análisis comparativo, bajo la consideración de las poblaciones atendidas en ambos nosocomios, son diferentes.

Se parte del hecho de que no se conocen las características de la depresión posparto en poblaciones de puérperas que son atendidas en cada uno de los dos hospitales aludidos y se intenta su estudio a través de la aplicación de un instrumento válido y confiable, de tal manera que se puedan obtener datos que tienen que ser útiles para optimizar la atención de las mismas, buscando mejorar su calidad de vida. Se trata también de conocer las diferencias que podrían o no darse, en cuanto a la depresión en muestras de puérperas de los Hospitales Regional y Lorena de Cusco.



En los Hospitales Regional y Antonio Lorena de Cusco se observa que la situación que enfrentan muchas puérperas son sumamente difíciles, aparentemente muestran el nivel de estrés alto, manifestando llanto, desánimo, sentimientos de incapacidad para afrontar el nuevo rol que se les presenta, dichos problemas pueden afectar considerablemente a la madre, al hijo y su relación de pareja, la depresión posparto puede tener un efecto negativo en el desarrollo del recién nacido, ya que las madres que se perciben como incapaces en su rol maternal, tienden a adoptar hábitos parentales negativos, también influyen a la depresión posparto factores como la falta de soporte social, pobreza, violencia familiar, dificultades en la relación de pareja, etc. Las futuras puérperas, manifiestan vivir en situaciones precarias, no cuentan con estudios superiores ni soportes económicos estables, si no, provienen de hogares mal constituidos, han sido testigos o víctimas de violencia intrafamiliar y no tuvieron atenciones pertinentes. También debemos mencionar el tipo de atención que recibe esta futura madre por parte de algunos trabajadores de los Hospitales, pues muchas veces se observa un tipo de maltrato el que repercute y se considera un factor que influye en el estado de ánimo, por tal motivo planteamos la siguiente interrogante.

1.2 Formulación del Problema

1.2.1 Problema general

¿Qué diferencias presentan, en cuanto a la depresión posparto, las puérperas atendidas en los servicios de maternidad de los Hospitales Regional y Antonio Lorena de la ciudad de Cusco en el año 2018?



1.2.2 Problemas específicos

- ¿Qué diferencias presentan, en cuanto a la capacidad de reír, las puérperas que son atendidas en los servicios de maternidad del Hospital Regional y Hospital Antonio Lorena en la ciudad de Cusco?
- ¿Qué diferencias presentan, en cuanto a anhedonia, las puérperas atendidas en los servicios de maternidad del Hospital Regional y Hospital Antonio Lorena de la ciudad de Cusco?
- ¿Qué diferencias presentan, en cuanto a culpabilidad, las puérperas atendidas en los servicios de maternidad del Hospital Regional y Hospital Antonio Lorena de la ciudad de Cusco?
- ¿Qué diferencias presentan, en cuanto a ansiedad, las puérperas atendidas en los servicios de maternidad del Hospital Regional y Hospital Antonio Lorena de la ciudad de Cusco?
- ¿Qué diferencias presentan, en cuanto a los ataques de pánico, las puérperas atendidas en los servicios de maternidad del Hospital Regional y Hospital Antonio Lorena de la ciudad de Cusco?
- ¿Qué diferencias presentan, en cuanto a angustia, las puérperas atendidas en los servicios de maternidad del Hospital Regional y Hospital Antonio Lorena de la ciudad de Cusco?
- ¿Qué diferencias presentan, en cuanto a trastornos de sueño, las puérperas atendidas en los servicios de maternidad del Hospital Regional y Hospital Antonio Lorena de la ciudad de Cusco?



- ¿Qué diferencias presentan, en cuanto a tristeza, las puérperas atendidas en los servicios de maternidad del Hospital Regional y Hospital Antonio Lorena de la ciudad de Cusco?
- ¿Qué diferencias presentan, en cuanto a llanto, las puérperas atendidas en los servicios de maternidad del Hospital Regional y Hospital Antonio Lorena de la ciudad de Cusco?
- ¿Qué diferencias presentan, en cuanto a ideas suicidas, las puérperas atendidas en los servicios de maternidad del Hospital Regional y Hospital Antonio Lorena de la ciudad de Cusco?

1.3 Justificación

1.3.1 Conveniencia

Considerando que el estudio implica un proceso de dos etapas, el primero relacionado a la evaluación y conocimiento del problema, haciendo uso de un instrumento válido y confiable y la segunda que permitirá alertar a los responsables de los establecimientos hospitalarios a través de las sugerencias que se deriven, se hace conveniente pues permitirá tomar medidas, detectar a tiempo, y a la vez se podrá intervenir para prevenir consecuencias tanto en el estado de salud de la puérpera como en la del niño.

1.3.2 Relevancia social

Considerando que la mayoría de mujeres embarazadas recurren a los Hospitales Regional y Lorena de la ciudad de Cusco, la información que se logre con este estudio, es trascendental para la sociedad. Las principales beneficiarias son las mujeres en la etapa del puerperio pues se permite conocer la depresión posparto que muchas de ellas sufren, de tal forma se pueden tomar decisiones para poder resolver por lo menos prevenir las



consecuencias de la depresión. También son beneficiados los profesionales que atienden en el área, al conocer a fondo el problema de la depresión posparto. Finalmente son beneficiadas las familias de las púerperas, asumirán que estas mujeres necesitan apoyo para su pronta recuperación por su propio bienestar, el del niño y la familia.

1.3.3 Implicancias prácticas

En cuanto a las implicancias prácticas, el estudio busca resolver el problema de la falta de información relacionada a la depresión posparto, tal desconocimiento permite en la mujer y su familia, no tomar las medidas necesarias para mejorar la calidad de vida y para acelerar el proceso de recuperación de la púerpera. Tiene implicancias para los problemas de la falta de datos que permitirá a su vez mejorar la intervención particularmente de los profesionales como los psicólogos que laboran en tales nosocomios de la ciudad. Además, esta investigación se realiza porque existe la necesidad de conocer qué diferencias presentan sobre la depresión posparto las púerperas atendidas en el servicio de maternidad del Hospital Regional y del Hospital Antonio Lorena de la ciudad de Cusco.

1.3.4 Valor teórico

El aporte que tiene esta investigación es de permitir generar conocimiento luego de la aplicación de los instrumentos y del procesamiento de los datos, sobre las características de la depresión posparto en mujeres atendidas en dos hospitales de arraigo en la ciudad de Cusco, los resultados son generalizados en todas las mujeres atendidas en los Hospitales Regional y Antonio Lorena. La información que se obtuvo de acuerdo a los resultados permite profundizar el conocimiento teórico que al respecto se conoce. Se hacen sugerencias para estudios futuros.



1.3.5 Utilidad metodológica

Este trabajo requirió la aplicación de la Escala de Depresión Posparto de Edimburgo siendo el método más confiable de evaluación del trastorno del ánimo durante el puerperio, esta se puede sugerir dentro de los exámenes de rutina de la gestante. Esta escala contribuye a la definición del concepto de la depresión posparto y, finalmente, sugiere estudios más profundos y posiblemente estudios de intervención para resolver el problema de la depresión en puérperas atendidas en hospitales.

1.4 Objetivos de la investigación

1.4.1 Objetivo general

Comparar la depresión posparto en puérperas atendidas en los servicios de maternidad de los Hospitales Regional y Lorena de la ciudad de Cusco en el año 2018.

1.4.2 Objetivos específicos

- Conocer las diferencias en cuanto a la capacidad de reír en puérperas atendidas en los servicios de maternidad del Hospital Regional y Hospital Antonio Lorena de la ciudad de Cusco.
- Conocer las diferencias en cuanto a anhedonia en las puérperas atendidas en los servicios de maternidad del Hospital Regional y Hospital Antonio Lorena de la ciudad de Cusco.
- Identificar diferencias en cuanto a culpabilidad en puérperas atendidas en los servicios de maternidad del Hospital Regional y Hospital Antonio Lorena de la ciudad de Cusco.



- Identificar las diferencias en cuanto a la ansiedad en puérperas atendidas en los servicios de maternidad del Hospital Regional y Hospital Antonio Lorena de la ciudad de Cusco.
- Conocer las diferencias en cuanto a los ataques de pánico en puérperas atendidas en los servicios de maternidad del Hospital Regional y Hospital Antonio Lorena de la ciudad de Cusco.
- Conocer las diferencias en cuanto a angustia en las puérperas atendidas en los servicios de maternidad del Hospital Regional y Hospital Antonio Lorena de la ciudad de Cusco.
- Conocer diferencias en cuanto a trastornos de sueño en puérperas atendidas en los servicios de maternidad del Hospital Regional y Hospital Antonio Lorena de la ciudad de Cusco.
- Conocer las diferencias en cuanto a tristeza en puérperas atendidas en los servicios de maternidad del Hospital Regional y Hospital Antonio Lorena de la ciudad de Cusco.
- Conocer las diferencias en cuanto a llanto en puérperas atendidas en los servicios de maternidad del Hospital Regional y Hospital Antonio Lorena de la ciudad de Cusco.
- Conocer diferencias en cuanto a ideas suicidas en puérperas atendidas en los servicios de maternidad del Hospital Regional y Hospital Antonio Lorena de la ciudad de Cusco.



1.5 Delimitación del estudio

1.5.1 Delimitación espacial

El estudio se centró en las madres atendidas en el servicio de maternidad de los Hospitales Regional y Antonio Lorena de Cusco.

1.5.2 Delimitación temporal

La investigación comenzó con el proyecto, desde enero de 2018 pasando por la observación de la población para luego planificar y ejecutar.

1.6 Aspectos Éticos

Esta investigación se realizó bajo coordinación con los jefes del Departamento de Salud Mental y el permiso del Departamento de Obstetricia y del Servicio de Maternidad de los Hospitales Regional y Antonio Lorena de Cusco.

En esta investigación participaron mujeres en etapa de puerperio, atendidas en los Hospitales Regional y Antonio Lorena de Cusco, ellas decidieron su participación voluntaria a través del consentimiento informado, norma considerada dentro del código de ética en la investigación.



Capítulo II

Marco Teórico

2.1 Antecedentes del Estudio

2.1.1 Antecedentes internacionales

Urdaneta (2009) realiza un estudio sobre “Factores de Riesgo de Depresión Posparto en Púerperas Venezolanas Valoradas por Medio de la Escala de Edimburgo”.

Refiere que la depresión posparto es un importante trastorno de la salud mental en la mujer, al cual han atribuido variados factores de riesgo para su presentación. El objetivo del estudio fue determinar los factores de riesgo para depresión posparto en púerperas atendidas en la maternidad del Hospital Universitario de Maracaibo, Venezuela. La investigación descriptiva con diseño no experimental, trabajó en una muestra de 100 púerperas, evaluadas por la Escala de Depresión Posparto de Edimburgo. Los resultados demostraron una prevalencia del test positivo del 91%, con una prevalencia de depresión posparto del 22%. De las características evaluadas, los trastornos médicos durante el embarazo, la enfermedad del neonato, no contar con el apoyo de su pareja, presentar antecedentes de depresión o melancolía, tener un nivel educativo primario o inferior, mostraron una asociación significativa con el desarrollo de depresión posparto. El nacimiento mediante cesárea y no contar con el apoyo familiar también presentaron una asociación significativa con el riesgo de depresión posparto; mientras que el parto vaginal o haber alcanzado un nivel educativo superior a la primaria, mostraron tener un efecto protector. Concluye también que la



presencia de estos factores de riesgo para la depresión posparto, varía entre cada población y en el transcurrir del tiempo; por lo tanto, debe recomendarse la evaluación periódica de los factores de riesgo en cada institución sanitaria para así planear acciones óptimas en la prevención y el tratamiento de esta patología.

En otro estudio en Chile encontramos a Dois (2009) con la investigación “Actualizaciones en Depresión posparto”, refiere que el diagnóstico de depresión posparto cuenta con algunas dificultades entre ellas el escaso reconocimiento de los trastornos del ánimo durante el embarazo. Alrededor de la mitad de los cuadros depresivos diagnosticados durante el puerperio iniciaron o continuaron su curso durante el embarazo pese a conocerse que el diagnóstico y tratamiento correcto previo al parto implica una menor probabilidad de cursar una depresión posnatal. Por otro lado, la sintomatología depresiva durante el puerperio puede confundirse con la adaptación normal a esta etapa de la vida. Durante las primeras semanas después del parto, cerca del 80% de las madres experimenta un cuadro denominado disforia/tristeza posparto, caracterizado por inestabilidad emocional, tristeza, insomnio, llanto, fatiga irritabilidad y ansiedad. Este cuadro cursa entre el tercer y décimo día posparto y ha sido asociado con los cambios hormonales de la etapa, por lo mismo, no requiere de tratamiento farmacológico, sino de la contención y apoyo de la familia. Si los síntomas se extienden por más de dos semanas con descenso significativo del humor acompañado de síntomas vegetativos, emocionales, del pensamiento, del comportamiento y de los ritmos vitales, se configura el episodio depresivo. Considera también que muchos estudios reportan una serie de métodos para su evaluación, sin embargo, existe consenso que el mejor instrumento de tamizaje es la Escala de Depresión Posparto de Edimburgo, diseñada especialmente para reconocer síntomas anímicos en mujeres puérperas. Sus ítems se agrupan básicamente en torno a dos factores: tristeza y ansiedad; tiene una consistencia interna



adecuada, 100% de sensibilidad y 80% de especificidad. Refiere el autor que ha sido validada en diversos países y culturas, con resultados que permiten justificar su uso como instrumento de tamizaje, logrando su mayor sensibilidad con un punto de corte entre 9 y 10 puntos; En la descripción que hace de la escala afirma que es un instrumento de auto reporte de 10 preguntas con cuatro opciones de respuesta cada una y puntajes que varían de 0 a 3 puntos, según la severidad sintomática de sus ítems, 5 se relacionan con disforia, 2 con ansiedad, 1 con sentimientos de culpa, 1 con ideas suicidas y 1 con dificultades de concentración. Dois explica además que la Escala de Depresión de Edimburgo mide intensidad sintomática, por esta razón el método más confiable de evaluación del trastorno del ánimo durante el puerperio implica un proceso de dos etapas: 1) haciendo uso de esta escala para luego, 2) derivar a evaluación por especialistas a través de entrevistas estandarizadas de diagnóstico a aquellas mujeres que obtengan puntajes altos. También sugiere que el mejor momento para aplicar la escala de depresión de Edimburgo es a las ocho semanas posparto ya que coincide con el período de máxima incidencia de la depresión puerperal y, además, con la disminución de los síntomas atribuibles a un período adaptativo normal.

En México, Gutiérrez (2010) estudia la “Prevalencia de tristeza materna y sus factores asociados”, cuyo objetivo es determinar la prevalencia de tristeza materna y sus factores asociados. El estudio fue de tipo transversal en el que se captaron mujeres durante el puerperio inmediato. Mediante interrogatorio directo se aplicó la Escala de Edimburgo para determinar tristeza materna. Otros datos registrados fueron: edad, escolaridad, embarazos, hijos muertos, episodios de depresión, antecedentes del sueño y si el embarazo fue planeado. El análisis estadístico incluyó la media aritmética, valores porcentuales, prueba de la ji al cuadrado y de la t de student y análisis de regresión para determinar los factores asociados con la tristeza materna. Se asignó un valor alfa de 0.05. Los resultados fueron de 1,134



mujeres, 21(1,8%) tuvieron diagnóstico de tristeza materna. Los factores significativos relacionados con estas fueron: El antecedente de hijos muertos, episodios de depresión y alteraciones en el sueño. El autor concluye que la frecuencia de tristeza materna es baja en la población. Recomienda que los factores asociados con este padecimiento pueden identificarse durante el control prenatal para proporcionar atención especial a estas mujeres y así prevenir las complicaciones resultantes.

Por otro lado, en un estudio en España realizado por López (2012) titulado “Frecuencia de la depresión puerperal en la maternidad de un Hospital universitario de la Región del Sur”, tuvo como objetivo identificar la frecuencia de riesgo para desencadenar la depresión posparto en puérperas internadas en la maternidad de un hospital universitario, a través de la aplicación de la Escala de Depresión Posparto de Edimburgo. Se trata de un estudio cuantitativo, exploratorio descriptivo, participaron del estudio 53 puérperas en puerperio inmediato desde abril a mayo de 2009. El instrumento aplicado fue un cuestionario elaborado con base en la Escala de Depresión Posparto de Edimburgo. Los datos obtenidos a través de la aplicación de la escala fueron analizados e interpretados, a través de la estadística descriptiva; Se respetaron todas las determinaciones de la Resolución 196/96 de estudio con seres humanos. Los resultados señalan que el riesgo de depresión posparto fue encontrado en seis puérperas (11%), lo que demuestra la importancia de los profesionales de la salud en realizar la detección precoz de la depresión posparto, teniendo como ayuda la Escala de Depresión Posparto de Edimburgo, por la eficacia y practicidad de su aplicación.

En Chile, Rojas (2010) estudio la “Caracterización de madres deprimidas en el posparto”, se refiere a la depresión posparto como un trastorno del estado de ánimo que se produce durante un período específico de tiempo de vida de las mujeres llamado puerperio. Se encontró que la prevalencia de depresión posparto varía de 8% a 30%, y un aumento de



tres veces se ve en países emergentes en comparación con los países desarrollados. El objetivo fue caracterizar mujeres que consultan en los servicios de atención primaria respecto a la depresión posparto. Se tomaron en cuenta las características sociodemográficas, historia obstétrica, los síntomas clínicos y de atención puerperal de 440 mujeres en el posparto que buscaron ayuda en la atención primaria y que fueron diagnosticados como deprimidas. Los resultados fueron que estas mujeres no tenían empleo (82,7%), tuvieron embarazos no deseados (62,5%) y carecían de apoyo social adecuado (59,4%). El autor menciona que desde el punto de vista clínico la mayoría de estas mujeres puérperas tenían historia familiar de depresión (64,2%) y el 31% había sufrido de episodios depresivos previos. Los síntomas clínicos de estos pacientes consistían en estado de ánimo deprimido (93,2 %), anhedonia (87,9%) y la fatiga (87%). El autor concluye que las mujeres deprimidas posparto, constituyen un grupo que requiere de una atención más clínica debido a su gran vulnerabilidad biológica, los síntomas depresivos activos y enorme riesgo psicosocial. Los programas en beneficio de la madre y los niños, deben ser combinando el componente de salud mental que les puede ofrecer un tratamiento adecuado a favor de su contexto psicosocial.

Chile, Wolff (2009) realiza una investigación denominada “Depresión posparto en el embarazo adolescente, análisis del problema y sus consecuencias”, refiere que el embarazo adolescente es un problema importante de salud pública, que se asocia a consecuencias biológicas, psicológicas y sociales negativas tanto para la madre como para el hijo. Uno de los riesgos frente a los que las madres adolescentes son particularmente vulnerables, es a la depresión posparto. Existen extensas investigaciones sobre el fenómeno de la depresión posparto, pero los estudios en madres adolescentes son limitados y suelen provenir de países desarrollados. El objetivo fue revisar los principales hallazgos en relación a la depresión



posparto en el contexto del embarazo adolescente. Los resultados fueron que el embarazo adolescente se ha asociado a bajo nivel socioeconómico y educacional, inicio precoz de la actividad sexual y a psicopatología, tal como la depresión, asimismo, el autor considera que se sabe que las madres adolescentes tienen mayor riesgo de morbilidad obstétrica, más probabilidad de deserción escolar, inactividad laboral y dependencia económica, y a establecer vínculos de apego inseguros con sus hijos, éstos, en tanto, estarían más expuestos a la morbilidad perinatal y neonatal, a la prematura y bajo peso al nacer, al abuso y/o negligencia parental y a problemas conductuales y de rendimiento desde la etapa preescolar. Las conclusiones fueron que: la depresión posparto es un importante problema de salud pública que afecta a púerperas de todas las edades, asociándose a factores de riesgo tales como, depresión previa, malas relaciones interpersonales dentro de la familia, con la pareja o padre del bebé y bajo apoyo social; la depresión posparto se asocia a alteraciones en el vínculo madre-hijo, con menor desarrollo y más problemas conductuales en el niño; entre las madres adolescentes, la depresión posparto es especialmente frecuente, y en ellas, además de los factores ya descritos, se agregan algunos particulares, tales como el riesgo de deserción escolar, de abuso y negligencia hacia el niño y mayor probabilidad de un segundo embarazo adolescente. El autor sugiere que es urgente que los profesionales de la salud, tanto del sistema público cuanto, del privado, que trabajan con embarazadas, y especialmente aquellos que trabajan con adolescentes, actualicen sus conocimientos respecto al diagnóstico y tratamiento de la depresión posparto. Sugiere también que es importante incorporar a la rutina de trabajo, la búsqueda activa de síntomas depresivos y de factores de riesgo para depresión posparto, idealmente desde el periodo prenatal.

En un estudio realizado en España por Maroto (2004) titulado “Evaluación del estudio del ánimo en el puerperio con la Escala de Depresión Posnatal de Edimburgo”, refiere que



en este estudio instrumental se analizan las características psicométricas de la Escala de Depresión Posnatal de Edimburgo en relación con el Inventario de Depresión de Beck en una población de la Costa y Axarquía de Málaga, España. Específicamente, se analiza la consistencia interna y la estructura factorial de la Escala de Depresión Posnatal de Edimburgo y la validez de convergencia y la eficacia diagnóstica entre escalas; Se utiliza una muestra de madres seleccionadas en el momento del alta hospitalaria después del parto, auto administrando simultáneamente las dos escalas señaladas, en el propio hospital donde dan a luz. La Escala de Depresión Posnatal de Edimburgo se agrupa básicamente en torno a dos factores (tristeza y ansiedad) y muestra una alta consistencia interna (0,79). Aunque hay convergencia general con el Inventario de Depresión de Beck, no muestran correlación en dos de los ítems. Los resultados fueron que la Escala de Depresión Postnatal de Edimburgo se establece como aquella con más poder diagnóstico, con el punto de corte 8 como más apropiado para clasificar madres con estado de ánimo deprimido, tomando como referencia el Inventario de Depresión de Beck.

Finalmente, en España Arrebola (2015) en su investigación “La depresión posparto como problema de salud en la mujer”, llevó a cabo un estudio de revisión bibliográfica sistemática donde de un total de 49 artículos de interés empleó 12 documentos, en todos ellos se aborda el tema de la depresión posparto concluyendo que desde la atención primaria se tiene que hacer un cribado para detectar los primeros indicios de depresión posparto, es por ello que se han desarrollado investigaciones para idear una intervención que favorezca a la mujer antes de llegar a este sentimiento de abandono, esta intervención es la Psicoprofilaxis.

A través de este enfoque novedoso de la educación materna se busca hacer a las mujeres más conscientes de la realidad de los problemas de depresión entrando más en el enfoque psicológico y buscando localizar y exteriorizar los sentimientos; Logrando de este



modo mayor confianza en la mujer para afrontar el embarazo, parto y puerperio, además de disminuir los casos de depresión posparto y fomentando una intervención más temprana y eficaz.

2.1.2 Antecedentes nacionales

Encontramos a Rondón (2015) hace un estudio titulado “Trastornos depresivos del embarazo y puerperio”, afirma que existe estudios donde señalan que los médicos no diagnostican adecuadamente los trastornos emocionales en la gestación y que las propias familias niegan la existencia de un trastorno, atribuyéndolo a “cambios normales”. Dice que lo que se sabe actualmente, es que el bienestar emocional durante la gestación es un asunto bastante individual que no se presta a generalizaciones derivadas de las teorías psicodinámicas clásicas, sino más bien se relaciona con: estabilidad emocional previa, actitudes hacia la feminidad, la relación con la madre, la relación con el esposo, la preparación para las tareas de la crianza, enfermedad mental previa, presencia de otros niños, apoyo práctico, aborto inducido previo, estatus social , económico y embarazo de alto riesgo médico. Si bien la incidencia de hospitalizaciones disminuye durante el embarazo, parece que hay menos episodios severos de psicosis o trastorno emocional. El autor afirma que se ha registrado un aumento relativo de las manifestaciones leves de obsesión, cuadros fóbicos, de pánico, irritabilidad y diversos grados de depresión. Sin embargo, en el puerperio es frecuente que hasta 30% de las mujeres, dos semanas después del parto presenten puntajes del cuestionario de Beck compatibles con depresión. El autor afirma además que la depresión puerperal tiene una prevalencia similar a la depresión mayor en otras épocas de la vida, por lo menos; no se ha demostrado la etiología biológica de la depresión puerperal, a pesar de lo atractiva que es esta hipótesis. Afirma también que todas las mujeres puérperas atraviesan por los mismos cambios hormonales masivos, y están sujetas, poco más o menos, a similares



demandas de adaptación por el cambio de roles, sin embargo, no todas hacen depresión clínicamente importante, esto lleva a aceptar la existencia de una vulnerabilidad biológica específica, al igual que en la disforia premenstrual. Afirma que durante los primeros días posparto disminuyen las tasas de estrógeno y progesterona y se realizan cambios en el metabolismo del cortisol, además, hay un estado hipotiroideo que puede durar hasta un año. Según este investigador, son factores de riesgo para la depresión puerperal: antecedentes personal o familiar, estresores durante el año previo, ambivalencia, conflicto conyugal, falta de apoyo social y familiar, hipotiroidismo, factores obstétricos, mala salud del niño, falta de experiencia en la crianza, mala relación de la mujer con su propia madre y estatus socioeconómico bajo. Afirma que el puerperio, una etapa de alta vulnerabilidad psicológica para la mujer, se define como un periodo de 45 días después del parto, dice también que los psiquiatras convienen en considerar puerperal, todo el desorden que aparece hasta un año después del parto, en esta etapa ocurre una gama de alteraciones emocionales que van de la tristeza materna hasta la depresión mayor con manifestaciones psicóticas. El autor concluye que la atención integral del embarazo y el parto debe incluir la evaluación del estado emocional de la mujer, pues las alteraciones depresivas son comunes y tienen serias repercusiones sobre el bienestar de la madre y el infante. Concluye que medidas de soporte y psicoeducación han demostrado ser útiles en el manejo de los síntomas, aunque, en el caso de presentarse desórdenes depresivos bien caracterizados, es imprescindible buscar la atención especializada.

Aramburú (2004), realiza la investigación titulada “prevalencia y factores asociados a depresión posparto en mujeres atendidas en establecimientos de salud del primer nivel de atención en Lima Metropolitana, junio 2004”, sus objetivos fueron: Determinar la tasa de prevalencia de depresión posparto en madres de uno a seis meses de periodo posparto



atendidas en establecimientos de salud del primer nivel del Ministerio de Salud en Lima Metropolitana y determinar los factores socio demográficos y gineco obstétricos asociados a ésta. Seleccionaron mujeres en edad fértil, puérperas de Lima Metropolitana que acudían para control posnatal durante el mes de junio de 2004 a los puestos y centros de salud del Ministerio de Salud. El autor utilizó el Inventario de Predictores de Depresión Posparto y la Escala de Depresión Posnatal de Edimburgo como herramientas de tamizaje, si el puntaje obtenido era mayor de diez se procedía a la entrevista clínica estructurada para desórdenes de depresión posparto con el objetivo de confirmar el diagnóstico. Entrevistaron a 261 madres, con un promedio de edad de 27 años. Los resultados han evidenciado que la prevalencia de depresión posparto diagnosticada por medio del test de Edimburgo fue de 33% y, con la entrevista semiestructurada, se confirmó una prevalencia de 24.1%. Se encontró además que el 60.9%, presentaron factores estresantes; el 8.4%, tenían baja autoestima; 23.8%, no percibían apoyo social, y 50%, tuvieron blues posparto. El autor concluye que encontró una tasa de prevalencia de depresión posparto en Lima Metropolitana de 24%. Los factores gineco obstétricos y el estatus socioeconómico son factores de riesgo moderado para el desarrollo de la depresión posparto. Considera que es de importancia reconocer los factores relacionales/satisfacción marital y psicosociales como factores de alto riesgo para el desarrollo de depresión posparto en mujeres dentro de los primeros meses.

En otra investigación realizada por Escobar (2009), bajo el título “Depresión posparto, ¿se encuentra asociada a la violencia basada en género?”, refiere que la depresión posparto y la violencia basada en género, son patologías muy frecuentes en la mujer; La importancia de un diagnóstico y tratamiento oportuno radica en evitar las consecuencias a futuro en la mujer, el recién nacido y la familia en general. El objetivo fue determinar la asociación entre depresión posparto y la violencia basada en género, el diseño fue



exploratorio de corte transversal, el lugar fue el Hospital Nacional Docente Madre-Niño San Bartolomé, Lima-Perú. Las participantes fueron mujeres puérperas; Se aplicó una ficha de datos sociodemográficos y del parto, la Escala de Edimburgo, el Inventario Revisado de Factores Predictores de Depresión Posparto y el instrumento de detección de violencia basada en género a 100 mujeres, de 1 a 12 meses de tiempo puerperal. Los resultados indican la asociación entre depresión posparto y violencia basada en género; la tasa de depresión posparto fue 17%, encontrando diferencias estadísticas al compararla con autoestima, depresión previa al embarazo, ansiedad durante la gestación, satisfacción marital y eventos estresantes durante la gestación. El 51% fue víctima de violencia basada en género, siendo la más frecuente la forma psicológica. Se halló diferencias estadísticas entre depresión posparto y violencia basada en género ($p=0,001$), así como, diferencias estadísticas entre depresión posparto y violencia durante la gestación, encontrando un OR de 5,5 (IC: $< 5,5; 16,7>$). El autor concluye que las mujeres víctimas de violencia tienen riesgo elevado de sufrir depresión posparto.

Pachas y Del Rosario (2014), realizaron un trabajo de investigación titulado “Características en puérperas con riesgo de depresión posparto atendidas en el Hospital Central PNP Luis N. Sáenz de julio a octubre”, en la recolección de datos se utilizó como técnica el test de preguntas cerradas estandarizadas; La Escala de Depresión Postnatal de Edimburgo (EPDS) para identificar el riesgo de depresión en las puérperas y una ficha de recolección de datos sociodemográficos, la muestra estuvo representada por 239 puérperas que cumplieron con los criterios de inclusión. Se procedió a tabular en la base de datos mediante el programa de Microsoft Excel 2010 y el análisis estadístico se realizó en el programa SPSS versión 15.1. Se concluye que la prevalencia de riesgo de depresión posparto es de 36% (86 pacientes) de los cuales el 55% de ellas fueron post cesareadas. Las pacientes



estudiadas se caracterizan porque se encuentran en el puerperio de su primer o segundo hijo, se observó que la edad de mayor riesgo fue entre 15 a 25 años, en su mayoría cursaron solo el nivel primario (57%) y en su mayor porcentaje correspondió a embarazos no planeados (69%).

Chaparro (2017), en la investigación “disfunción familiar como factor de riesgo para depresión en el Puerperio inmediato en el Hospital Regional Honorio Delgado Espinoza de Arequipa.”, tuvo como objetivo: Evaluar si la disfunción familiar es un factor de riesgo para depresión en el puerperio inmediato en pacientes atendidas en el Hospital Regional Honorio Delgado Espinoza, el tipo de investigación es analítica observacional prospectiva de casos y controles; se realizó durante el periodo enero febrero 2017, la población estuvo representada por 90 puérperas, las cuales respondieron a la Escala de Edimburgo para determinar su condición de caso o control para luego ser divididas en dos grupos: 45 casos (mujeres con depresión posparto) y 45 controles (mujeres sin depresión posparto) y se cuantifico la disfuncionalidad familiar con el cuestionario de APGAR familiar en ambos grupos. Los resultados que obtuvo del total de puérperas 49 presentaron disfunción familiar de las cuales el 71,43 % pertenece al grupo de depresión puerperal (OR 7,75; IC al 95 % =3,01 -19,93 y un valor de p de $P < 0,01$) y el 28,57 % al grupo sin depresión. De las 41 pacientes sin disfunción familiar, sólo el 24,39% presentaron depresión. En la presente investigación se concluyó que la disfunción familiar es un factor de riesgo para depresión en el puerperio inmediato en el Hospital Regional Honorio Delgado Espinoza de Arequipa. La edad materna, edad gestacional y paridad no demostraron asociación significativa con el riesgo de depresión puerperal en ambos grupos de estudio.

Denegri y Jiménez (2018), en su investigación “Factores Asociados a Depresión Posparto en Puérperas Atendidas en el Hospital Regional Honorio Delgado Espinoza,



Arequipa, Febrero– Marzo”, refiere que la salud mental de una sociedad es una condición esencial que permite desarrollo, paz social y por eso es cada vez más evidente la necesidad de incorporar en los servicios de atención sanitaria la prevención de trastornos de salud mental y dentro de éstos, la depresión, en consideración a su alta incidencia. Los objetivos fueron conocer los factores maternos, fetales y asistenciales de las puérperas atendidas en el Hospital, identificar la frecuencia y categorías de la depresión posparto en las puérperas atendidas en el Hospital, identificar los factores asociados a la depresión posparto en las puérperas atendidas. Se realizó una investigación de tipo observacional; prospectivo con diseño no experimental que incluyó una muestra de tipo no probabilística e intencionada, conformada por 119 puérperas durante los meses de febrero y marzo 2018, evaluadas mediante la Escala de Depresión Posparto de Edimburgo y Test de Personalidad de Eysenck. Los resultados fueron que las puérperas atendidas se caracterizan por tener entre 18 a 35 años, el 64.7% son convivientes, el 44.5% tienen instrucción secundaria, el 63.9% viven en zona urbana, el 21.8% tienen temperamento altamente melancólico y colérico, el 96.6 % no presentaron depresión previa, el 68.1% no presentaron eventos estresantes; el 57.1% son primíparas, el 42.0% tuvieron infecciones del tracto urinario y el 30.3% presentaron otras enfermedades durante la gestación El 53.8 % tuvo parto por cesárea; el 78.2% de los recién nacidos no tuvieron ninguna patología al nacer y el 77.3% fueron recién nacidos a término. El 79.8% tuvieron controles prenatales, el 71.4 % asistieron a sesiones de psicoprofilaxis. El riesgo probable de depresión posparto fue el 24.4%, entre los factores maternos, fetales y asistenciales de puérperas atendidas se encontró que el temperamento altamente melancólico y altamente colérico son factores que influyen significativamente en la depresión además del grado de instrucción secundario, concluyendo que la población estudiada presentó una alta prevalencia de depresión posparto, siendo entre los factores maternos más predisponentes:



su temperamento altamente melancólico y altamente colérico, el grado de instrucción solo hasta el nivel secundario.

Masías y Arias (2018), en su estudio “Prevalencia de la depresión post parto en Arequipa, Perú” evaluaron a 113 madres que acudieron a sus controles postnatales en una posta de salud de la ciudad. Se utilizó la Escala de Depresión Postparto de Edimburgo, previo consentimiento informado. Para efectos del estudio, se valoraron las propiedades psicométricas del instrumento, reportándose adecuados niveles de validez y confiabilidad para la muestra evaluada. El 28,31% de las madres eran de estado civil casada, 23% soltera, 47,78% conviviente y el 0,88% divorciada. En cuanto al grado de instrucción, 5,3% tenía estudios primarios, 58,4% estudios secundarios, 8,8% estudio superior técnico y 27,4% estudios universitarios. El parto fue eutócico en el 61,94% y en el 38,05% cesárea.

Los resultados indican que aproximadamente, el 41% de las madres no tiene riesgo de depresión postparto, 14% presenta riesgo y 45% tiene síntomas de depresión postparto. Asimismo, se encontró que el grado de instrucción se relaciona de manera negativa con los niveles de depresión postparto, pero no hubo diferencias significativas en función del tipo de parto ni el estado civil de las madres. No se encontró diferencias significativas entre niveles de depresión postparto y parto natural o cesárea, aunque la media fue mayor en la que el parto fue por cesárea. Tampoco se encontró diferencia significativa entre depresión postparto en función del estado civil.

Se concluye que el 45% de las mujeres púerperas evaluadas tienen síntomas de depresión postparto y que el grado de instrucción presenta correlaciones negativas con esta variable.



2.1.3 Antecedentes locales

Carrillo (2013), en su investigación “prevalencia de la depresión en gestantes quechua hablantes a través de la escala de Edimburgo adaptada al quechua, distrito de Lamay” afirma que un 19,4% de gestantes en el distrito de Lamay presentaron depresión, representando alto riesgo de morbi-mortalidad materna infantil, además de traer repercusiones conductuales y cognitivas para el nuevo ser, el objetivo: determinar la prevalencia de depresión en gestantes quechua hablantes a través de la escala de Edimburgo adaptada al quechua en el distrito de Lamay e identificar la relación con los factores sociodemográficos. La investigación fue descriptivo-observacional. Se identificó aleatoriamente 108 gestantes entre primigestas y multigestas, cuyos datos fueron obtenidos del centro de salud de Lamay, a quienes se aplicó el Test de Edimburgo previamente adaptada al quechua para identificar sus características clínicas y riesgos relacionados, los resultados se estudiaron 08 factores sociodemográficas relacionadas a depresión, dos factores sociodemográficos influyen en la depresión gestacional, la edad, y el periodo gestacional.

Huamán (2016), en su trabajo de investigación “depresión en gestantes y puérperas inmediatas y mediatas evaluadas con la escala de Edimburgo adaptada al quechua en el Centro de Salud Pisac, Cusco”, afirma que la gestación y el posparto, constituye un momento de alta vulnerabilidad para la aparición de desórdenes afectivos, tales como los trastornos depresivos; que representan un importante problema de salud pública, con otras condicionantes socioculturales lo incrementa en el área rural del Cusco. El objetivo era estimar los factores relacionados para desarrollar depresión en gestantes y posparto en madres quechua hablantes del distrito de Pisac y sus comunidades. El estudio fue descriptivo, de corte transversal y analítico. Se identificó 108 madres entre gestantes y puérperas inmediatas y mediatas del distrito de Pisac y sus comunidades, en el periodo enero - febrero



del 2016 a quienes se les aplicó el test de Edimburgo adaptada al quechua para identificar sus características clínicas y riesgos relacionados diseñados para este estudio. Para el análisis estadístico se utilizó estadística descriptiva y analítica con el paquete SPSSv.20. Los resultados: La prevalencia de depresión fue más alto con 33.3% en gestantes del segundo trimestre con diferencias estadísticamente significativas ($\chi^2 = 72.000$; $p = 0.00 < 0.05$), y con el 17.6% en la puérpera mediata, sin embargo, estas diferencias resultaron ser estadísticamente no significativas ($\chi^2 = 5.883$; $p = 0.053 > 0.05$). De las características evaluadas. El grado de instrucción, la ocupación, estado civil, mostraron una relación significativa con el desarrollo de depresión en gestantes y posparto. Conclusión: La depresión en gestante y en puérperas inmediatas y mediatas en la zona rural (comunidades) del distrito de Pisac es un serio problema de salud pública por la alta prevalencia de presentación de esta patología, relacionada con diversos factores sociodemográficas que permiten tomar acciones a implementarse para un diagnóstico oportuno de esta enfermedad, en la zona rural.

2.2 Bases teóricas

2.2.1 Depresión

La depresión (del latín depressus, abatimiento), es uno de los trastornos más antiguos de los que se conoce. Antiguamente fue denominada melancolía (del griego antiguo "negro" y "bilis"), aun así, no representan lo mismo; en la época de Hipócrates, notaron una asociación entre los trastornos del humor y el período posterior al parto, para este, la melancolía se debía a desequilibrios en la secreción de bilis o bien a una mala combustión de esta sustancia dentro del organismo, esta concepción se conservó hasta el siglo XIX, que da nacimiento a la psiquiatría científica y se comienza a usar la palabra "depresión" como término diagnóstico, acuñado por el británico Richard Blackmore. El cambio conceptual lo proporciona el psiquiatra alemán Emil Kraepelin a inicios del siglo XX; cuando habló sobre



el vínculo existente entre algunos trastornos mentales y la maternidad, explicándolos por desórdenes biológicos y genéticos.

El trastorno depresivo es una enfermedad que afecta al cerebro, al ánimo y a la manera de pensar, lo que es considerado como un desorden del talante, el cual constituye la forma más común de sufrimiento mental, millones de personas en todo el mundo, sin importar sus razas, nacionalidades o culturas sufren esta enfermedad (Bright, 1994).

La OMS (2013); define la depresión como una alteración patológica del estado del ánimo con descenso del humor que termina en tristeza acompañada de diversos síntomas y signos de tipo vegetativo, emocionales, del pensamiento, del comportamiento y de los ritmos vitales que persisten por tiempo habitualmente prolongado (por lo menos de 2 semanas). Con frecuencia tiende a manifestarse en el curso de la vida, con aparición de varios episodios, adquiriendo un curso básico o recurrente con tendencia a la recuperación, entre ellos la depresión que es la principal causa de discapacidad. En la actualidad, 320 millones de personas sufren depresión y la carga que representan las enfermedades depresivas está aumentando. La OMS advierte que una de cada cinco personas llegará a desarrollar un cuadro depresivo en su vida, y este número aumentará si concurren otros factores como enfermedades médicas o situaciones de estrés. A nivel mundial, la incidencia de esta enfermedad es hasta dos veces más alta en las mujeres que en los hombres. También se observa que la depresión afecta cada vez más a los jóvenes.

El manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales DSM IV TR define a la depresión mayor como la presencia de cinco o más de los siguientes síntomas durante un período de 2 semanas, que representan un cambio respecto a la actividad previa; uno de los síntomas debe ser primero estado de ánimo depresivo o segundo pérdida de interés o de la capacidad para el placer. Estado de ánimo depresivo la mayor parte del día, casi cada día



según lo indica el propio sujeto, llanto, pérdida importante de peso sin hacer régimen o aumento de peso, o pérdida o aumento del apetito casi cada día, insomnio o hipersomnia casi cada día, agitación o enlentecimiento psicomotores casi cada día, fatiga o pérdida de energía casi cada día, sentimientos de inutilidad o de culpa excesivos o inapropiados, disminución de la capacidad para pensar o concentrarse, o indecisión, pensamientos recurrentes de muerte, ideación suicida recurrente sin un plan específico o una tentativa de suicidio o un plan específico para suicidarse.

El DSM V la define como la presencia de un ánimo triste, vacío o irritable, acompañado de cambios somáticos y cognitivos que afectan significativamente a la capacidad funcional del individuo.

2.2.2 Depresión posparto

La depresión post-parto ha sido identificada desde el año 460 a.C. Sin embargo, a pesar de ser conocida hace tanto tiempo, es recién en las últimas décadas que ha surgido el interés por profundizar en su estudio (Raphael-Leff, 2000).

Desde la perspectiva psicoanalítica, los estudios sobre el tema describen a la DPP la combinación de factores de vulnerabilidad infantil actualizados por la exacerbación de experiencias adversas (Brown y Harris, 1993).

El puerperio constituye un momento de alta vulnerabilidad para la aparición de desórdenes afectivos a la fragilidad y desorientación que deja el parto, se le agrega la exposición inmediata a emociones muy primarias de carácter pulsional que caracteriza el intercambio inicial con el recién nacido (Kristeva, 1988).

La presencia y apoyo de una red familiar (Stern, 1985), sobre todo la atención y cuidado de la madre, se constituyen en estos momentos en un importante soporte que ayuda a la madre a contener sus propios temores y angustias. Sin embargo, en la sociedad actual las



familias extensas capaces de brindar este apoyo son cada vez más escasas. Difícilmente se logra construir una red de abuelas, tías y hermanas que sostengan a la madre y la ayuden a enfrentar la experiencia.

Desde la experiencia de la madre, el nacimiento del bebé constituye un cambio que la conduce a transitar desde el relegamiento centrado en su mundo interno, hacia la inminente realidad externa. El primer llanto llama a que la madre salga de su profundo ensimismamiento para responder a las intensas y constantes demandas y exigencias de una criatura sentida inicialmente como extraña, diferente a la imaginada o soñada. El desconcierto de dos cuerpos en escena, en donde el bebé representa lo más arcaico de lo inconsciente, puede despertar reacciones de rechazo, de repulsión, de abyección (Kristeva, 1988; 1997). La DPP se revela como una incapacidad para responder al mandato biológico de la pulsión de vida, de “hacer sobrevivir”, de responder a la angustia del bebé por “sobrevivir” (Pérez, A; 1993). De acuerdo al DSM-IV-TR la DPP está considerada como un episodio depresivo mayor o como un trastorno psicótico breve. Previamente el DSM-4 hablaba de la depresión posparto como episodio depresivo mayor con inicio posparto, el cual requería el inicio de los síntomas dentro de las cuatro semanas posteriores al parto. Dicho especificador ha sido criticado dado que muchas depresiones posparto empiezan realmente durante el embarazo. Por este motivo ahora el DSM-5 clasifica episodio depresivo mayor con inicio en periparto aquel episodio con inicio de síntomas durante el embarazo o dentro de las cuatro semanas después del parto.

Se considera depresión posparto, a cualquier enfermedad depresiva no psicótica que ocurre en la madre durante el primer año después del nacimiento. Consiste en una fuerte vulnerabilidad a la depresión que empieza de manera importante entre las cuatro y las seis semanas posparto (Gabbe y Niebyl, 2004). Los autores refieren que la incidencia de depresión posparto mayor, varía del 8% al 20%. Este trastorno afectivo se produce después



de embarazos de diferentes duraciones, desde abortos espontáneos a partos a término. Puede producirse en cualquier momento hasta un año posparto. Los síntomas inician en la mayoría de los casos en las primeras cuatro a seis semanas después del parto. Pitt (1969) fue el primero en documentar la incidencia de depresión neurótica en el puerperio. Este autor encontró que los 11% de las pacientes estudiadas a las 28 semanas de gestación y seis semanas después del parto desarrollaron nuevos casos de depresión durante el periodo posparto. Se ha investigado mucho en un esfuerzo por clasificar la etiología de la depresión posparto. Los niveles de estrógenos, progesterona, prolactina y cortisol no son diferentes en mujeres que padecen depresión con respecto a controles. Sin embargo, en mujeres con depresión posparto pueden producirse cambios en el eje hipotálamo-hipófisis-suprarrenal, incluyendo la hormona liberadora corticotropina. En un estudio de 128 mujeres seleccionadas al azar y entrevistadas en varias ocasiones durante sus embarazos y durante un año después del parto. Watson (1984) encontró que la depresión posparto era menos frecuente en pacientes con una historia psicológicamente normal y un embarazo no complicado. Este autor también confirmó la falta de asociación entre depresión posparto y clase social, estado matrimonial y paridad.

Botero (2008); define la depresión posparto como una depresión mayor de un comienzo en las cuatro semanas subsiguientes. Es una condición que contiene una amplia gama de cambios emocionales y físicos entre ellos, tristeza, desesperanza, ansiedad, angustia, irritabilidad, falta de energía, dolores musculares inespecíficos, y cefaleas; todos estos síntomas se presentan con una intensidad variable. Durante este periodo se llevan a cabo cambios hormonales rápidos que contribuyen a precipitar la depresión en personas que tienen la vulnerabilidad a ella. Sin embargo, los factores sociales siguen jugando un papel importante en desencadenar y/o precipitar el trastorno. Las consecuencias familiares, sociales



y personales que origina el trastorno son graves, llegando a situaciones dramáticas como el suicidio.

Reeder (1995), refiere que la mujer muestra diversas respuestas emocionales durante el puerperio que pueden fluctuar de una sensación melancólica hasta una depresión más profunda que incapacita a la madre e incluso le produce reacciones psicóticas, puede suscitarse a los pocos días del parto o tal vez que no se determine como tal durante varios meses. La puérpera padece una sensación persistente de pérdida, tristeza, angustia, irritabilidad, dificultad para dormir, falta de apetito, culpa, hipocondría y en ocasiones fobias. Este tipo de depresión persiste alrededor de un año después del parto, ellas pueden presentar varios de los síntomas mencionados, además, tienen sentimientos de impotencia, futilidad, vacío y soledad después del parto. Pueden presentarse episodios psicóticos transitorios con sensación de perder el control, miedo a enloquecer y desorientación, aunque mantenga contacto con la realidad. Se requiere una rigurosa vigilancia, proporcionando a la puérpera apoyo psicológico, haciéndole saber que es una alteración que puede afrontar. Entonces la depresión posparto tiene un efecto significativo en la salud del neonato porque es frecuente que sufra diversas formas de abandono o alejamiento afectivo. Además de la causa endocrina de la depresión posparto, sus síntomas centrales se refieren a problemas de autopercepción y conflicto psicosocial. El embarazo y el nacimiento son grandes cambios del ciclo vital que afectan a la puérpera, al bebé y al resto de la familia. Es un periodo de adaptaciones y de cambios psicológicos. Así como el embarazo y el parto son sucesos vitales de gran importancia en el desarrollo de los núcleos familiares, puede ser una etapa de enorme estrés y desequilibrio en algunos casos. Aunque el período de posparto es el de mayor riesgo para desarrollar trastornos emocionales, estos problemas a menudo no se detectan. De ahí la importancia de un adecuado control prenatal y perinatal, con el fin de prevenir y captar de



forma oportuna aquellas patologías que afectan directamente tanto a la madre como al niño, lo cual podría generar un riesgo aumentado de morbilidad y mortalidad en ambos, tradicionalmente se sostenía que el embarazo y el puerperio se asociaban habitualmente a un estado de bienestar emocional de la mujer, pero en las últimas décadas se ha demostrado que frecuentemente se presentan modificaciones caracterológicas, síntomas depresivos y/o ansiosos específicos.

La depresión post-parto puede presentarse bajo tres modalidades, en función a su grado de severidad. La condición más leve y la que afecta al mayor porcentaje de las mujeres se denomina "etapa melancólica" o "baby blues", que dura unos pocos días. La condición moderada se conoce con el nombre de Depresión Posparto (PPD), que puede extenderse por aproximadamente dos años y la reacción más severa se llama Psicosis Puerperal, caracterizada por una pérdida del contacto con la realidad por extensos períodos de tiempo (Lucas, R; 1993).

Estudios más recientes ubican su origen en las fases más tempranas de la relación objetar, Lucas (1993), señala el despertar de conflictos tempranos no resueltos de la relación con la figura materna, que traduce el retorno de lo reprimido. Sostiene que la identificación edípica con la figura de la madre adulta, puede sufrir un quiebre como resultado de la vulnerabilidad propia del puerperio. De una total y gratificante identificación narcisista con los aspectos omnipotentes de la figura materna vivida durante el embarazo, el nacimiento colocaría en escena la vida instintiva y las necesidades del bebé previamente negadas. Generalmente aquellos casos donde se presenta este nivel de patología están relacionados con la aparición en la mujer de fantasías de vaciamiento, robo y pérdida, correspondientes a ansiedades esquizo-paranoides, por ello es importante que el bebé tome contacto con la madre lo antes posible después del parto, para Eglé Laufer (1993), la depresión post-parto



deviene como proceso final del duelo por la pérdida de la unión con la madre al convertirse la mujer en madre. También la entiende, en otros casos, como resultado de la identificación con la fantasía persecutoria de una madre insatisfecha y depresiva que inhibe la capacidad para gozar de la maternidad.

2.2.3 Etiología de la depresión posparto

Botero (2008), afirma que la etiología es multicausal y comprende una vulnerabilidad genética, asociada a los cambios hormonales durante el embarazo, la cantidad de estrógenos y progestágenos desciende rápidamente y esto afectaría de manera clara los circuitos de neurotransmisores de serotonina y noradrenalina. De igual forma, la producción de la tiroides también puede disminuir bruscamente después del parto, los bajos niveles de hormonas tiroideas producen síntomas similares a los del trastorno depresivo con cambios en el estado de ánimo, fatiga, agitación, insomnio, ansiedad. A estos factores se suman otros de orden psicosocial como el estrés medio ambiental por los cambios en las rutinas de trabajo y del hogar, pérdidas de control, pérdida de la figura y el hecho de sentirse menos atractiva, la percepción de estar abrumada con un nuevo bebé a quien cuidar y las dudas sobre su capacidad de ser buena madre, además de un deficiente soporte social.

En lo que se refiere a los factores biológicos, se encuentran los aspectos hormonales, al respecto se debe resaltar que el período posparto 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 posparto (Miller, 2002).



En cuanto a 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 estriol 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 posparto podría explicar teóricamente la depresión posparto. Sin embargo, si se comparan las mujeres con depresión con aquellas sin depresión, algunos estudios no han mostrado una asociación significativa entre los niveles de estradiol total y estriol libre entre el final del embarazo y el puerperio (Pearson Murphy, 2001). 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 posparto. 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.

Respecto a las 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. 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 en un subgrupo de mujeres. Un estudio prospectivo de 303 mujeres embarazadas eutiroideas, muestra que 21 mujeres (7%) desarrolló trastornos tiroideos



posparto. La depresión posparto sin psicosis se identificó en 38% de esas mujeres y se resolvió con posterioridad al tratamiento. Durante el puerperio, algunas mujeres sin una clara disfunción tiroidea pueden tener algún grado de patología tiroidea. Se han encontrado anticuerpos tiroideos en 11,6% de las mujeres en el posparto. El efecto inmunosupresor de los niveles altos de cortisol durante el embarazo puede ser seguido de un fenómeno inmune de rebote después del parto, lo cual produce una alta incidencia de anticuerpos antitiroideos (Pop VJ, 1993).

En lo que se refiere a cortisol, los niveles registran su pico máximo al final del embarazo debido a la producción placentaria de corticoliberina (CRH), niveles que caen bruscamente en el momento del parto. Diversos estudios no han podido demostrar la asociación entre el cortisol plasmático o urinario y la depresión posparto, por cuanto estas mediciones carecen de valor diagnóstico, dado que dichos niveles se encuentran fisiológicamente elevados en el embarazo y en el posparto. Algunos autores sugieren que los altos niveles de cortisol que se registran durante el embarazo, como resultado de la producción de CRH, después del parto, producen supresión en la glándula suprarrenal y si ésta es demasiado sostenida y grave, puede contribuir a los cambios en el estado de ánimo (Sit, 2006). Para este autor existen además de las alteraciones hormonales, otras condiciones médicas relacionadas con el puerperio: infecciones, fármacos (escopolamina, meperidina), toxemia, pérdidas de sangre, etc., que pueden tener un papel en el desarrollo tanto de la depresión como la psicosis posparto.

En cuanto a factores psicosociales, se sabe que las madres solteras y primíparas tienen mayor riesgo por la reducción del apoyo socio familiar en el período perinatal y la relación con la pareja (Rondón, 2005, Maroto, 2004 y Wolff 2009).



En cuanto a factores psicodinámicos, la mayoría de los autores consideran el rechazo del niño como uno de los factores esenciales de las melancolías puerperales: rechazo consciente (niño no deseado) o, más a menudo, inconsciente que emana de la ambivalencia profunda que marca la relación madre e hijo, “rechazo combatido tanto por la culpabilidad como por el amor maternal” (Rondón, 2005; Maroto, 2004 y Wolff, 2009). Se puede pensar que estas depresiones están unidas a la reactivación masiva del conflicto oral, revivido por la madre en doble identificación simbiótica con su propia madre y con su hijo; está a favor de la identificación simbiótica de la madre con su hijo el que la rabia melancólica pueda conducir al dramático hecho de un suicidio e infanticidio; Aunque estas mujeres se sienten comprometidas con la experiencia de la maternidad, sus propias experiencias infantiles les han hecho rechazar a sus propias madres como modelo de identificación e imitación. La desaprobación de sus propias madres deja a estas mujeres carentes de un plan de acción en una situación que exige actuación, lo que les produce una emoción desagradable y confusión.

El riesgo más alto es el haber sufrido un episodio previo de psicosis posparto. Estas pacientes tienen hasta un 70% de probabilidades de sufrir un nuevo trastorno severo en un embarazo subsiguiente. De manera similar, aquellas mujeres que desarrollan depresión posparto muestran un índice de recurrencia de hasta 50%. Mujeres con trastornos bipolares muestran también un riesgo comparativamente elevado de desarrollar cualquier trastorno severo en el puerperio y en el embarazo más si se suspenden los estabilizadores del estado de ánimo. Según Rondón (2005), “desafortunadamente hay estudios que señalan que los médicos no diagnostican adecuadamente los trastornos emocionales en la gestación y que las propias familias niegan la existencia de un trastorno, atribuyéndolo a cambios normales”, según el autor, se sabe que el bienestar emocional durante el embarazo es un asunto bastante habitual que no se presta a teorías psicodinámicas clásicas, sino que más bien se relaciona



con estabilidad emocional previa y actitudes hacia la feminidad, la relación con la madre y la relación con el esposo, la preparación para las tareas de la crianza, enfermedad mental previa, presencia de otros niños, apoyo práctico y aborto inducido previo.

Vargas (2009), afirma que la mayor parte de la investigación sobre la depresión posparto ha buscado causas biológicas o psicosociales de ella, tales como cambios hormonales, edad maternal y número de alumbramientos, historia psiquiátrica, atmósfera marital, etc. Al momento se le ha dado poca consideración al impacto del contexto cultural del periodo posparto como causa de la depresión, factores tales como la organización de la familia y el grupo social, el papel de las expectativas de la propia madre y de las que pudieran mostrar otros familiares o personas significativas, etc. Afirma que, si revisamos la literatura antropológica sobre los nacimientos, encontraríamos que existen elementos comunes en la estructuración social del periodo posparto en diferentes culturas; esto permite suponer que la experiencia de la depresión posparto se exagera y se potencializa por factores socioculturales; Concluye que la depresión posparto es un trastorno tratable, muchas mujeres que lo padecen no reconocen tener este problema.

Un estudio realizado en mujeres con depresión posnatal realizada por Whitton, Warner & Appleby en 1996, mostró que cerca del 90% se percató que algo andaba mal, sin embargo, menos del 20 %, reportó sus síntomas ante algún médico. De esta muestra, solo un tercio consideró tener una depresión posparto. De acuerdo con los datos de otro estudio (Walter, 1997), se estima que solo el 20% de las pacientes con este desorden, reciben alternativas de manejo de la salud mental, las restantes permanecen sin diagnóstico, están mal diagnosticadas o no buscan ninguna asistencia médica. Así, la incidencia de la depresión posparto resulta muy variable, en un rango entre 30 y 200 casos por cada 1000 nacimientos (3– 20%), con una estimación de una tasa de recurrencia de entre 10 y 35%. La depresión



puede ocurrir en cualquier momento después del parto, frecuentemente luego que la mujer ha regresado a su hogar dejando el hospital. Los síntomas pueden durar desde unas pocas semanas hasta varios meses, cerca del 4% de los casos persisten por un año; Las mujeres con los decrementos más bruscos tienen más probabilidades de reportarse como deprimidas durante los primeros 10 días después del parto. También se ha notado una relación entre estas rápidas caídas de los estrógenos luego del parto y marcados decrementos de los niveles de triptófano en plasma, mismos que correlacionan con el diagnóstico de depresión. El autor dice que, no obstante, la mayoría de los investigadores están de acuerdo en afirmar que las hormonas no están directamente relacionadas con la depresión posparto. Por ejemplo, algunos afirman que “no hay sustento para asociar directamente la progesterona y el tono emocional postnatal”, (Harris, 1996).

Un campo de investigación más reciente se refiere a la actividad de la prolactina durante el puerperio. Los niveles de prolactina forman una curva inversa a la de los niveles de estrógenos y progesterona durante el periodo posparto, por lo que razonablemente se ha asumido que las madres que no amamantan a sus bebés y producen un rápido declive en su prolactina, podrían tener una depresión posparto. Este es un asunto que requiere de mayor investigación al momento. También se sugiere que el número grande de partos es un factor asociado a la depresión postnatal (Vargas y García, 2009).

Diversas investigaciones han concluido que el nacimiento del primer hijo representa un estrés único y se correlaciona con la depresión de manera más fuerte, en el caso del segundo o el tercer parto (Kruckman & Smith, 2008). Es importante asistir al control de puerperio, el MINSA (2004) establece el control de puerperio a los 7 y 30 días, con el objetivo de realizar la identificación de signos de alarma, resolver inquietudes con respecto a los



cuidados en esta etapa, brindar consejería en planificación familiar, fomentar lactancia materna exclusiva y la identificación de factores de riesgo en el ambiente de la madre.

2.2.4 Cuadro clínico de la depresión posparto

Según Buist (2006), en la depresión posparto los síntomas que se presentan son:

- a) Las alteraciones emocionales, las más significativas son: tristeza, anhedonia, astenia, adinamia, llanto fácil, progresivo decremento del rendimiento y abandono de las actividades habituales sobre todo aquellas que requieren una iniciativa personal.
- b) Alteraciones somáticas, estas 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.
- c) La tristeza que desde luego es el síntoma más frecuente de la depresión posparto. 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.
- d) Irritabilidad, con frecuencia acompaña a la sensación de tristeza; la paciente puede estar irritable con sus otros hijos y ocasionalmente, incluso con el recién nacido, aunque la mayoría de las veces lo está con su marido quien no suele comprender qué es lo que está pasando.
- e) Fatiga, todas las nuevas madres se sienten un poco abrumadas y fatigadas, pero la madre con depresión posparto se siente tan agotada que llega a pensar que padece alguna enfermedad física.



f) Insomnio, cuando por fin la madre se va a la cama, puede que tenga dificultad para conciliar el sueño, o si duerme puede que se despierte muy pronto e incluso aunque su pareja sea quien se ocupe de alimentar al bebé durante la noche.

g) 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.

h) Incapacidad para disfrutar, es decir 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 posparto suelen rechazar cualquier contacto sexual lo cual puede generar tensión en la pareja.

i) Desbordamiento, las madres con depresión posparto tienen la sensación de no disponer de tiempo para nada, de no hacer nada bien y de no poder hacer nada para remediarlo a estas pacientes les resulta realmente difícil establecer nuevas rutinas para poder hacer frente al bebé y a la nueva situación que viven.

j) Ansiedad, esta 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, 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.

Medina (2013) en su estudio titulado “Diferencias entre la depresión posparto la psicosis y la tristeza posparto”, considera que el cuadro clínico de la depresión posparto implica: Estado de ánimo deprimido, tristeza o llanto persistente, disminución del interés o de la capacidad para disfrutar de casi todas las actividades, cambios en los patrones de alimentación y sueño (principalmente insomnio), cansancio o fatiga crónica; ansiedad que puede llegar hasta los ataques de pánico, sentirse abrumada, indefensa e incapaz, auto desvalorización y autorreproche, generalmente relacionados a su competencia como madre, dificultad, reticencia o imposibilidad de buscar ayuda y apoyo para sí misma, irritabilidad, problemas de atención, concentración, memoria, dificultad para vincularse con el bebé, sentimientos de ambivalencia hacia el hijo, sobreprotección del menor, dificultades y/o imposibilidad de cuidar al recién nacido, pensamientos obsesivos y conductas compulsivas, relacionados con el hijo (revisar constantemente cuando está dormido para ver si respira) y con su cuidado (lavar y desinfectar varias veces sus artículos); pensamientos negativos hacia él bebe especialmente creer que lo puede dañar,(sentimientos de culpa) también tener pensamientos de dañarse a sí misma o al bebe, pensamientos atemorizantes, ideación suicida.

El autor considera que la depresión posparto puede desarrollarse aun cuando exista amor por el recién nacido sea intenso, en estos casos la madre teme perder a su bebé por no cuidarlo bien, porque no se desarrolle adecuadamente, o bien teme que muera súbitamente; un resfrío puede causar una gran preocupación; la madre puede obsesionarse con el peso y/o tamaño del bebé y alarmarse si llora demasiado o incluso si pasa mucho tiempo en silencio, llegando a tener distorsiones cognitivas. Por otro lado, afirma que es frecuente que la puérpera desee ser constantemente tranquilizada por su pareja, familia, médico o cualquier



otra persona. La ansiedad también puede generar en la puérpera, preocupación por su propia salud, llegando a tener pensamientos irracionales.

2.2.5 Factores de riesgo de la depresión posparto

Botero (2008), afirma que la prevalencia cambia de acuerdo a las culturas y parece ser más baja en culturas con soportes sociales más fuertes (ayuda al cuidado del bebé, alimentación, presencia de rituales que liberan ansiedad, culturalmente acostumbran retornar a la familia de origen durante el periodo posparto). Por otro lado, dice que el aborto es un riesgo para la depresión mayor, sobre todo en mujeres con vulnerabilidad a sufrir una depresión en las que el riesgo es dos veces más que el de un embarazo normal. Para ambos, aborto y mortinato (criatura que nace muerta), el riesgo es más alto en los primeros seis meses después de la pérdida del embarazo, en los nacimientos pre término no se ha demostrado que la madre tenga un mayor riesgo para desarrollar una depresión posparto, pero sí una mayor probabilidad de presentar un síndrome de estrés postraumático. El autor da a entender que la depresión posparto afecta a mujeres de cualquier edad, nivel económico y que el número de hijos que tenga la mujer no cambia las probabilidades de desarrollarla.

Rondón (2005), refiere que los factores de riesgo que se describen para la depresión prenatal son: Antecedente personal o familiar de depresión, por lo que se debe preguntar minuciosamente sobre todo respecto de las parientes de corta edad, tanto por la interrupción del crecimiento personal, como por la falta de experiencia que permita afrontar las nuevas demandas del rol, evento vital estresante reciente en los últimos doce meses ya sea negativo o positivo, conflicto conyugal, ambivalencia o rechazo frente al embarazo, siendo la ambivalencia más difícil de abordar en el manejo psicoterapéutico, falta de apoyo del cónyuge o familiares y mayor número de hijos.



Es importante señalar, que algunos estudios (A review of postpartum psychosis, 2006) sugieren que la incidencia de estos trastornos es relativamente más alta en la población adolescente y en primíparas. Otros estudios (Obstetric factors associated with bipolar affective puerperal psychosis, 2006), han evidenciado cierta relación entre el desarrollo de estos trastornos e historias de complicaciones obstétricas tales como cesáreas o muerte fetal.

Los estudios (A follow-up study of postpartum psychosis: Prognosis and risk factors for re admission, 1999) para identificar trastornos de personalidad asociados con estas entidades, tampoco han arrojado resultados consistentes. Sin embargo, la insatisfacción material y la carencia de soporte social adecuado han sido consistentemente identificadas como factores de riesgo.

Pantoja (1995), estudió los factores de riesgo en la psicosis posparto encontró que la psicosis posparto era más frecuente en mujeres jóvenes de entre los 15 a los 30 años, que eran solteras con baja escolaridad, amas de casa en su mayoría, primíparas, y con antecedentes heredo familiares de trastornos afectivos.

Maroto (2004), concluye en su tesis de grado titulada “estudio de las evaluaciones médicas utilizadas para identificar a las mujeres con diagnóstico de depresión posparto en las publicaciones presentadas desde 1998 a 2003”, que las mujeres que presentan depresión posparto cuentan con antecedentes personales de trastornos afectivos, añade que esta condición afecta al 10 a 15% de las madres primíparas y suelen durar meses en remitir por lo cual cuentan con un mayor riesgo de episodios depresivos recurrentes o eventualmente de una psicosis.

Paucara (2016), menciona 21 factores de riesgo:

1. Historia antigua de depresión (este es el mayor factor de riesgo).
2. Historia de abuso físico o sexual.



3. Síntomas depresivos leves actuales.
4. Edad joven.
5. Estado de inmigrante.
6. Embarazo no planificado.
7. Pensamientos de terminar el embarazo.
8. Vida muy estresante (problemas de pareja) durante los 12 meses previos al parto.
9. Pérdida de apoyo social y económico.
10. Vivir sin pareja.
11. Violencia de pareja.
12. Desempleo de la madre o del padre.
13. Licencia por enfermedad durante el embarazo.
14. Alto número de visitas clínicas pre-natales.
15. Diabetes pre gestacional o gestacional.
16. Malformación congénita en el infante.
17. No lactancia.
18. Estresantes asociados al cuidado del niño tales como llanto inconsolable del menor.
19. Rasgos de la personalidad (neuroticismo alto y alta introversión).
20. Historia psiquiátrica familiar positiva.
21. Mala relación entre la paciente y su madre.

2.2.6 Consecuencias de la depresión posparto

En la actualidad se cuenta con más de una veintena de estudios en los que se han documentado los numerosos efectos adversos asociados a la depresión posparto. Estas investigaciones han encontrado consecuencias negativas a nivel del vínculo madre-hijo(a) y



en el desarrollo infantil, tanto en términos emocionales, conductuales como cognitivos, así encontramos a Fuentes y Méndez (2011), Wolff y Valenzuela (2009) que, por ejemplo, encontraron que los preadolescentes cuyas madres presentaron una depresión a los tres meses de tenerlos, es decir, sufrieron de depresión posparto, tuvieron coeficientes intelectuales significativamente más bajos que los niños cuyas madres no se deprimieron en ese período, estos autores dan a conocer una asociación entre depresión posparto materna y violencia en los hijos(as), considerando además la depresión durante la gestación, su historia de depresión y las características de la familia. Los hijos(as) se mostraron más violentos(as) si las madres habían estado deprimidas al tercer mes posparto y al menos en una ocasión más, durante el seguimiento, el cual se extendió hasta 11 años después del parto.

Cárdenas (2009) sostiene que un estado depresivo de meses o de años puede llegar incluso a ser incapacitante para la mujer, así si una mujer ha sufrido antes de depresión posparto tiene un 70% de probabilidades de sufrirla de nuevo. Para Verdugo (2008) cuando hay un parto la mujer puede tener sentimientos de pérdida, sentimientos asociados a un duelo, como pena, rabia, miedo, etc.; porque cuando el bebé estaba dentro del útero, no había que hacer nada, y todos estaban felices, en cambio, ahora que ya se dio a luz, la situación no es tan simple, ya que el bebé demanda tiempo y energía.

Cárdenas, 2009 y Verdugo, 2008, consideran, entre las principales consecuencias de la depresión posparto, las siguientes:

a) Rechazo por su propio hijo, si empieza a pasar el tiempo donde el sentimiento es de mucha inestabilidad emocional, de mucho sentimiento de rechazo hacia el bebé, eso puede producir una alteración en el vínculo madre hijo; puede que le falte energía, tenga problemas para concentrarse, sea irritable y no pueda llenar la necesidad de amor y afecto del bebé.



b) Deseo de homicidio, esto vendría siendo el caso extremo y patológico del rechazo de una madre hacia su hijo.

c) Sentimientos de culpabilidad, en este caso es importante aclarar que acá no solo corre peligro el hijo, sino que la misma madre quien también puede atentar contra su vida al sentir sentimientos de culpa por no ser capaz de cuidar a su propio hijo. Se ha llegado a establecer que, a pesar de que existen unas tasas bajas de suicidio de mujeres en el periodo postnatal, aquellas que desarrollan una depresión grave, sobre todo en el primer año tras el parto, están en un riesgo elevado de cometer suicidio (Appleby, Mortensen y Faragher, 1998, citados por Martínez, 2001).

d) Alteración en la vida del bebé, es decir que se altera la calidad del vínculo de la madre con su hijo, eso implica que el bebé tenga una privación de la disposición de la madre hacia él, por ende, va a existir una alteración de la vida de ese ser humano; ello afecta al bebé causando retrasos en el desarrollo del habla, problemas emocionales, problemas de comportamiento, nivel de actividad bajo, problemas para dormir, y angustia o sufrimiento; ayuda si el padre o alguna otra persona, llenan las necesidades emocionales del bebé mientras la madre está deprimida, una mujer deprimida definitivamente no va a poder ser feliz y funcionalmente va a estar muy por debajo de las necesidades que está requiriendo su familia, ya que debe atender al bebé, a su esposo, a sus otros hijos si los hay, y muchas otras cosas en las cuales necesita entusiasmo (Cárdenas, 2009).

Robinson (1995), refiere que el autor holandés Klompenhouwer, define la psicosis posparto como un cuadro de psicosis confusional que se desarrolla en mujeres sanas en un período de dos semanas después del parto, este cuadro clínico se caracteriza por: Rápidos cambios del nivel de conciencia, oscilando entre la perplejidad, la confusión y la desorientación, con intervalos lúcidos ocasionales; trastornos de la psicomotricidad (desde la



agitación hasta el estupor), acompañados de alteraciones de la comunicación verbal (de asociaciones sonoras rápidas se puede pasar hasta el mutismo), oscilaciones de la afectividad (ansiedad alternando con felicidad estática) o trastornos afectivos más estables (depresión-manía), alucinaciones y pseudoalucinaciones, tanto auditivas como visuales, con percepciones anómalas que llevan a malas identificaciones e ilusiones delirios y elaboraciones delirantes con un contenido típico, referido principalmente a la maternidad, el parto, el niño, la muerte, la destrucción; gran variabilidad y cambio del cuadro clínico a lo largo del tiempo a lo que se denomina “caleidoscópico”. Afirmo que para Klompenhouwer, la psicosis posparto tiene tres grupos fundamentales de manifestaciones fenomenológicas: Afectivo, esquizoafectivo y psicosis funcional inespecífica.

2.2.7 Puerperio

Botero (2008), afirma que el puerperio (puer, niño y parere, producir) se define como el periodo que va desde el nacimiento hasta la sexta semana del posparto. Durante este tiempo ocurren múltiples cambios fisiológicos, anatómicos y psicológicos que lleva a la mujer a regresar a un estado similar al que tenía previo a la gestación. Este periodo también se considera de riesgo pues existen potenciales complicaciones como las infecciones y las hemorragias que pueden acarrear una morbilidad importante e incluso la muerte de la puérpera. La Organización Mundial de la Salud (OMS) considera como período puerperal hasta seis semanas del posparto. El posparto o puerperio, es definido, como el periodo de tiempo que se extiende desde el final del alumbramiento o tercera etapa del trabajo de parto.

Sin embargo, en un estudio de investigación en Perú sobre “Trastorno Depresivos del Embarazo y Puerperio” Rondón (2005), menciona que el puerperio, una etapa de alta vulnerabilidad psicológica para la mujer, se señala como un periodo de 45 días después del parto, pero los psiquiatras convienen en considerar puerperal todo el desorden que aparece



hasta un año después del parto. Considera que en esta etapa ocurre una gama de alteraciones emocionales que van de la tristeza materna hasta la depresión mayor con manifestaciones psicóticas.

Asimismo, en un estudio de investigación en Chile sobre “Periodo posparto”, Díaz (2006), refiere que es necesario presentar una definición más amplia de la duración del posparto que incluya los aspectos biológicos y psicosociales que caracterizan este periodo.

Si bien la madre experimenta la recuperación de su aparato genital en las primeras semanas, no pasa lo mismo con los aspectos fisiológicos, endocrinológicos y nutricionales.

Afirma que mientras una mujer está amamantando permanece en un estado endocrinológico muy diferente al del embarazo y que difiere también de su condición previa al embarazo. Al mismo tiempo, se mantiene una demanda nutricional semejante a la del embarazo debido a la secreción de leche. Afirma además que su forma de vida experimenta cambios profundos en relación a las demandas de afecto y cuidado del niño/niña, por eso, debe considerarse como posparto todo el periodo que la madre necesita para recuperar la condición endocrina y nutricional que tenía antes de embarazarse y toda la etapa de transición en que el niño o niña es tan dependiente de la madre. Finalmente considera que este periodo es variable y puede durar algunos meses y aún más de un año si la lactancia es prolongada.

La OMS (2013), define las etapas del puerperio de acuerdo con el tiempo que ha pasado con respecto al parto, tales son:

a) Puerperio inmediato, comprende las primeras 24 horas luego del parto y en este periodo actúan los mecanismos homeostáticos para controlar el sangrado uterino.

b) Puerperio mediato que abarca desde el segundo hasta el décimo día, en este se inicia la lactancia propiamente dicha.



c) puerperio tardío que va del día 11 al 45 y se considera que es en esta etapa que puede retornar la ovulación.

2.3 Hipótesis

H_1 : Existen diferencias en cuanto a depresión posparto en puérperas atendidas en los Hospitales Regional y Antonio Lorena de Cusco, 2018.

H_0 : No existen diferencias en cuanto a depresión posparto en puérperas atendidas en los Hospitales Regional y Antonio Lorena de Cusco, 2018.

2.4 Variable de estudio

Depresión posparto en puérperas atendidas en los Hospitales Regional y Antonio Lorena de Cusco.



Tabla 1
Operacionalización de la variable

Definición operacional	Dimensión	Indicador	Escala	Cat.	Índice
La depresión posparto es el conjunto de cambios en el estado de ánimo y los estados depresivos que ocurren en madres. La puérpera muestra diversas respuestas emocionales durante el proceso como la capacidad de reír, anhedonia, culpabilidad, ansiedad, ataques de pánico, angustia, trastornos de sueño, tristeza, llanto, ideas suicidas, estas pueden fluctuar hasta llegar a una depresión más profunda que incapacita a la madre e incluso le produce reacciones psicóticas.	Capacidad de reír.	Capacidad de ver reír y ver el lado divertido de las cosas.	Siempre A veces Ocasionalmente Nunca	0 1 2 3	Puntuación: <10: sin riesgo de depresión posparto
	Anhedonia.	Disfrutar, mirar el futuro hacia adelante.	Siempre A veces Ocasionalmente Nunca	0 1 2 3	
	Culpabilidad.	Culpabilidad sin necesidad cuando las cosas no salen bien.	Siempre A veces Ocasionalmente Nunca	3 2 1 0	10 – 12: Limite de riesgo de Depresión posparto
	Ansiedad.	Nerviosismo o inquietud sin motivo alguno.	Siempre A veces Ocasionalmente Nunca	0 1 2 3	>12: Probable Depresión posparto
	Ataques de pánico.	Miedo o asustadiza son motivo alguno.	Siempre A veces Ocasionalmente Nunca	3 2 1 0	
	Angustia.	Problemas diarios que causan preocupación y gran sufrimiento.	Siempre A veces Ocasionalmente Nunca	3 2 1 0	
	Trastornos de sueño.	Infelicidad que causa dificultad para dormir.	Siempre A veces Ocasionalmente Nunca	3 2 1 0	
	Tristeza.	Sentimiento de tristeza y desgracia sin motivo.	Siempre A veces Ocasionalmente Nunca	3 2 1 0	
	Llanto.	Infelicidad que promueve.	Siempre A veces Ocasionalmente Nunca	3 2 1 0	
	Ideas suicidas.	Ideación del daño personal.	Siempre A veces Ocasionalmente Nunca	3 2 1 0	

Según Escala de Depresión Posparto de Edimburgo.



2.5 Definición de términos básicos

2.5.1 Puerperio

Botero (2008) afirma que el puerperio (puer, niño y parece producir) se define como el periodo que va desde el nacimiento hasta la sexta semana del posparto. Durante este tiempo ocurren múltiples cambios fisiológicos, anatómicos y psicológicos que llevan a la puérpera a regresar a un estado similar al que tenía previo a la gestación.

2.5.2 Depresión

Según la Organización Mundial de la Salud (2013), se define la depresión como una alteración patológica del estado de ánimo con descenso del humor que termina en tristeza, acompañada de diversos síntomas y signos de tipo vegetativo, emocionales, del pensamiento, del comportamiento y de los ritmos vitales, que persisten por tiempo habitualmente prolongado (a lo menos de 2 semanas). Con frecuencia tiende a manifestarse en el curso de la vida, con aparición de varios episodios, adquiriendo un curso básico o recurrente con tendencia a la recuperación entre ellos.

2.5.3 Depresión posparto

Según Botero (2008), es una condición que contiene una amplia gama de cambios emocionales y físicos entre ellos, tristeza, desesperanza, ansiedad, angustia, irritabilidad, anergia (falta de energía vital), dolores musculares inespecíficos, y cefaleas; todos estos síntomas se presentan con una intensidad variable. Durante este periodo se llevan a cabo cambios hormonales rápidos que contribuyen a precipitar la depresión en personas que tienen la vulnerabilidad a ella. Sin embargo, los factores socio-sociales siguen jugando un papel importante en desencadenar y/o precipitar el trastorno.



Capítulo III

Metodología

3.1 Alcance del estudio

La presente investigación, corresponde a un estudio descriptivo comparativo porque pretende especificar propiedades, características y rasgos importantes de cualquier fenómeno que se analice. Describe tendencias de un grupo o población, ofreciendo la probabilidad de predicciones, aunque sean rudimentarias (Hernández, Fernández & Baptista 2010).

El estudio trata de verificar las diferencias en cuanto a depresión posparto en puérperas atendidas en los servicios de maternidad de los Hospitales Regional y Antonio Lorena de Cusco, en el año 2018.

3.2 Diseño de investigación

Corresponde a un diseño no experimental de clasificación longitudinal ya que no se realiza la manipulación deliberada de la variable pues sólo se observa los fenómenos en su ambiente natural para después analizarlos. Longitudinal pues se analiza a través del tiempo, para realizar inferencias acerca de la evolución, sus causas y efectos (Hernández, Fernández & Baptista 2010). Este diseño se esquematiza de la siguiente manera:

$M_1 - O_1$

$M_2 - O_2$

$O_1 = O_2$

$O_1 \neq O_2$



Dónde:

M₁: Muestra de puérperas atendidas en el Servicio de Maternidad del Hospital Regional de Cusco.

O₁: Depresión posparto en puérperas atendidas en el Servicio de Maternidad del Hospital Regional de Cusco.

M₂: Muestra de puérperas atendidas en el Servicio de Maternidad del Hospital Antonio Lorena de Cusco.

O₂: Depresión posparto en puérperas atendidas en el Servicio de Maternidad del Hospital Antonio Lorena de Cusco.

3.3 Población

La población fue constituida por quinientas dos puérperas que fueron atendidas en los servicios de maternidad de los Hospitales Regional y Antonio Lorena de Cusco, entre los meses de enero, febrero y marzo de 2018.

3.4 Muestra

La muestra fue de naturaleza intencional o dirigida, pues, se eligieron a las participantes por determinadas características relacionadas con la investigación (Hernández, Fernández & Baptista 2010). En el caso de esta investigación, se trabajó con un total de 502 puérperas, distribuidas entre el Hospital Regional y el Hospital Antonio Lorena.

3.4.1. Criterios de Inclusión

- Pacientes que fueron atendidas en los hospitales Regional y Antonio Lorena en puerperio inmediato que acudieron a su atención de parto (vía vaginal o cesárea) sin restricción de edad que estén de acuerdo a participar en el estudio, en el año 2018.



3.4.2. Criterios de exclusión

- Pacientes puérperas que no están de acuerdo a participar en el estudio.
- Pacientes puérperas que no contestaron todas las preguntas.

Tabla 2
Distribución de la muestra por Hospital

Hospital				Total	
Hospital Regional		Hospital Antonio Lorena			
<i>f</i>	%	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%
252	50.4	250	49.6	502	100

3.5 Técnicas e instrumentos de recolección de datos

Para la recolección de datos se usó como técnica la entrevista, con el propósito de acercamiento, usando preguntas abiertas y no estructuradas con la finalidad de hacer contacto con la población indicada en los criterios de inclusión y como instrumento, la Escala de Depresión Posparto de Edimburgo (EDPP-Edimburgo), el cual fue aplicado de forma personal a cada puérpera de ambos hospitales, durante los meses de enero, febrero y marzo de 2018.

FICHA TÉCNICA

Nombre original: Escala de Depresión Posparto de Edimburgh (EPDS)

Autor: Cox, Holden y Sagovsky

Año: 1987 (Edimburgo-Livingston)

Adaptación: Mazzotti, G. et al (2002)



Dimensiones: 1. Capacidad de reír

2. Anhedonia
3. Culpabilidad
4. Ansiedad
5. Ataques de pánico
6. Angustia
7. Trastornos de sueño
8. Tristeza
9. Llanto
10. Ideas suicidas.

Aplicación: Individual y Colectiva.

Tiempo de aplicación: 5 a 10 minutos.

Instrucciones:

1. Se le pide a la madre que escoja la respuesta que más se asemeje a la manera en que se sintió en los siete días anteriores.
2. Se le pide responder las 10 preguntas.
3. La madre es quién debe responder las preguntas.

3.6 Validez y confiabilidad del instrumento

Esta escala fue desarrollada para identificar síntomas depresivos y depresión clínica, específicamente en mujeres puérperas, buscando discriminar aquellos síntomas físicos y psicológicos, propios de la gestación, de los síntomas asociados a la depresión.

La Escala de Edimburgo para Depresión Posparto (EPDS) consiste en una escala auto administrada de 10 ítems, en la que se le pide a la mujer que responda cómo se ha sentido en



los siete días previos. Para cada pregunta se obtiene un puntaje de 0-3 (de modo que el rango del puntaje final es de 0-30).

La Escala de Edimburgo para Depresión Posparto (EPDS) ha sido validada en nuestro país para realizar múltiples estudios, Mazzotti, G. et al (Perú, 2002) realizó la validación del test de Edimburgo con 321 puérperas atendidas en el Hospital Nacional José Cayetano Heredia donde encontró que el punto de corte óptimo de la EPDS para la población estudiada era 13,5; con este valor se obtuvo una sensibilidad de 84,21% y una especificidad de 79,47% para el diagnóstico de depresión mayor.

La Escala de Depresión Posparto de Edimburgo publicada por Cox, Holden y Sagovsky en Livingston-Edimburgo el año 2014, ha sido utilizada en diferentes investigaciones en varios países y culturas, constituyendo una herramienta eficiente y valiosa de evaluar a pacientes en riesgo de depresión perinatal. En este trabajo de investigación se aplica la versión traducida al español por el Departamento de Psicología por la Universidad de Iowa (Moreno, Domínguez y Franco, 2004). Se creó para asistir a los profesionales de la atención primaria de salud en la detección de las madres que padecen de depresión de posparto; una afección alarmante más prolongada que la “melancolía de la maternidad” (lo cual ocurre durante la primera semana después del parto) pero que es menos grave que la psicosis del puerperio. J.L. Cox, J.M. Holden, R. Sagovsky (1987).

Estudios previos demostraron que la depresión de posparto afecta por lo menos a un 10% de las mujeres y que muchas de las madres deprimidas se quedan sin tratamiento. Estas madres logran sobrellevar la carga de su bebé y las tareas de la casa, pero su placer por la vida se ve gravemente afectado y puede que toda la familia sufra consecuencias a largo plazo.

La Escala de Depresión Posparto de Edimburgo se creó en centros de salud en Livingston y Edinburgh. Consiste de diez cortas declaraciones. La madre escoge cuál de las



cuatro posibles respuestas es la que más se asemeja a la manera en la que se sintió durante la semana anterior. La mayoría de las madres pueden contestar la escala sin dificultad en menos de 5 minutos.

El estudio de validación demostró que las madres que obtienen resultados por encima del umbral del 92.3%, es más probable que padezcan de alguna enfermedad depresiva de diferentes niveles de gravedad. La escala indica la manera en que la madre se sintió durante la semana anterior y en casos dudosos, podría ser útil repetirla después de dos semanas. La escala no detecta a las madres con neurosis de ansiedad, fobias o trastornos de la personalidad. J.L. Cox, J.M. Holden, R. Sagovsky (1987).

En cuanto a las instrucciones de uso de la EDPP-Edimburgo, se pide a la madre que escoja la respuesta que más se asemeje a la manera en que se sintió en los 7 días anteriores. Tienen que responder las diez preguntas. Se debe tener cuidado y evitar la posibilidad de que la madre hable sobre sus respuestas con otras personas. La madre debe responder la escala ella misma, a no ser que sus conocimientos del idioma sean limitados o que tenga problemas para leer.

La EDPP-Edimburgo, se puede usar entre las 6 y 8 semanas para evaluar a las mujeres en la etapa de posparto. La clínica de pediatría, la cita de control de posparto o una visita al hogar pueden ser oportunidades convenientes para realizarla.

En cuanto a la evaluación, a las categorías de las respuestas se les dan puntos de 0, 1, 2 y 3 según el aumento de la gravedad del síntoma. Los puntos para las preguntas 3, 5, 6, 7, 8, 9 y 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 EDPP-Edimburgo, está diseñada para asistir al juicio clínico, no para reemplazarlo. Se harán evaluaciones adicionales a las mujeres antes de decidir el tipo de tratamiento.

3.7 Plan de análisis de datos

Luego de la obtención de datos se realizó el procesamiento estadístico de la información, previa construcción de la base de datos, para luego presentarlos empleando tablas y figuras a fin de facilitar la comprensión de la información. Se utilizó un cuestionario de forma completa cuya calificación fue computarizado, es por ello que el proceso estadístico es descriptivo porque esta clase de estadística es útil para el propósito de recolectar, describir y resumir un conjunto de datos obtenidos. Se utilizó como estadística descriptiva el porcentaje, el promedio estadístico y con evaluación inferencial, el chi cuadrado. Estos pueden visualizarse de manera gráfica y numérica. El procesamiento de análisis de los datos se realizó con el apoyo del programa SPSS.



Capítulo IV

Resultados de la investigación

4.1 Resultados respecto a los objetivos específicos

En cuanto al primer objetivo específico de la investigación, el 50.4% de puérperas atendidas en los servicios de maternidad en el Hospital Regional presentan alta capacidad de reír; sin embargo, el 50.0% de las puérperas atendidas en el servicio de maternidad del Hospital Lorena presentan mediana capacidad de reír y el 43.6% de las mismas presentan baja capacidad de reír (tabla 3).

Analizando al 95% de confiabilidad utilizando la prueba Chi cuadrado de homogeneidad, se afirma que existen diferencias significativas en la capacidad de reír en puérperas atendidas en los servicios de maternidad de los hospitales Regional y Antonio Lorena de la ciudad de Cusco en el año 2018, $p = 0.000 < 0.05$.

Tabla 3

Capacidad de reír en puérperas atendidas en los servicios de maternidad del Hospital Regional y del Hospital Antonio Lorena de la ciudad de Cusco.

Capacidad de reír	Hospital				Total	
	Hospital Regional		Hospital Antonio Lorena		f	%
	F	%	F	%		
Alta	127	50.4	11	4.4	138	27.5
Media	86	34.1	125	50.0	211	42.0
Baja	31	12.3	109	43.6	140	27.9
Ausencia	8	3.2	5	2.0	13	2.6
Total	252	100	250	100	502	100
Prueba Chi cuadrado $X = 148.860$					$p = 0.000$	



En cuanto al segundo objetivo específico de la investigación, el 61.1% de las puérperas que son atendidas en los servicios de maternidad del Hospital Regional presenta alta anhedonia, sin embargo, el 49.2% de las puérperas atendidas en el servicio de maternidad del Hospital Lorena, presenta baja anhedonia con tendencia media con el 46.8% (tabla 4).

Analizando al 95% de confiabilidad utilizando la prueba Chi cuadrado de homogeneidad, se afirma que existen diferencias significativas en la Anhedonia de puérperas atendidas en los servicios de maternidad de los hospitales Regional y Antonio Lorena de la ciudad de Cusco en el año 2018, $p = 0.000 < 0.05$.

Tabla 4

Anhedonia en puérperas atendidas en los servicios de maternidad del Hospital Regional y del Hospital Antonio Lorena de la ciudad de Cusco

Anhedonia	Hospital				Total	
	Hospital Regional		Hospital Antonio Lorena			
	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%
Alta	154	61.1	3	1.2	157	31.3
Media	77	30.6	117	46.8	194	38.6
Baja	17	6.7	123	49.2	140	27.9
Ausencia	4	1.6	7	2.8	11	2.2
Total	252	100	250	100	502	100
Prueba Chi cuadrado $X = 234.548$					$p = 0.000$	



En cuanto al tercer objetivo específico de la investigación, el 57.9% de puérperas atendidas en los servicios de maternidad del Hospital Regional presenta culpabilidad media y el 41.2% de puérperas atendidas en el servicio de maternidad del Hospital Lorena, presenta culpabilidad media con tendencia alta en un 34.8% (tabla 5).

Al 95% de confiabilidad utilizando la prueba Chi cuadrado de homogeneidad, se afirma que existen diferencias significativas en la culpabilidad en puérperas atendidas en los servicios de maternidad de los hospitales Regional y Antonio Lorena de la ciudad de Cusco en el año 2018, $p = 0.000 < 0.05$.

Tabla 5
Culpabilidad en puérperas atendidas en los servicios de maternidad del Hospital Regional y del Hospital Antonio Lorena de la ciudad de Cusco.

Culpabilidad	Hospital				Total	
	Hospital Regional		Hospital Antonio Lorena			
	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%
Ausencia	39	15.5	0	0.0	39	7.8
Baja	57	22.6	60	24.0	117	23.3
Media	146	57.9	103	41.2	249	49.6
Alta	10	4.0	87	34.8	97	19.3
Total	252	100	250	100	502	100
Prueba Chi cuadrado $X = 107.620$					$p = 0.000$	



En cuanto al cuarto objetivo específico de la investigación, el 40.9% de puérperas que son atendidas en los servicios de maternidad en el Hospital Regional no presentan ansiedad; mientras el 48.4% de puérperas atendidas en el servicio de maternidad del Hospital Lorena presentan un nivel bajo de ansiedad (tabla 6).

Al 95% de confiabilidad utilizando la prueba Chi cuadrado de homogeneidad, se afirma que existen diferencias significativas en la Ansiedad en puérperas atendidas en los servicios de maternidad de los hospitales Regional y Antonio Lorena de la ciudad de Cusco en el año 2018, $p = 0.000 < 0.05$.

Tabla 6
Ansiedad en puérperas atendidas en los servicios de maternidad del Hospital Regional y del Hospital Antonio Lorena de la ciudad de Cusco.

Ansiedad	Hospital				Total	
	Hospital Regional		Hospital Antonio Lorena			
	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%
Alta	4	1.5	6	2.4	10	2.0
Media	75	29.8	59.0	23.6	134	26.7
Baja	70	27.8	121	48.4	191	38.0
Ausencia	103	40.9	64	25.6	167	33.3
Total	252	100	250	100	502	100
<i>Prueba Chi cuadrado $X = 25.028$</i>					<i>p = 0.000</i>	



En cuanto al quinto objetivo específico de la investigación, el 46.4% de puérperas atendidas en los servicios de maternidad del Hospital Regional no presentan ataques de pánico; sin embargo, el 47.6% de puérperas atendidas en el servicio de maternidad del Hospital Lorena presentan niveles bajos de ataques de pánico con tendencia a la ausencia en un 33.6% (tabla 7).

Al 95% de confiabilidad utilizando la prueba Chi cuadrado de homogeneidad, se afirma que existen diferencias significativas respecto a los ataques de pánico en puérperas atendidas en los servicios de maternidad de los hospitales Regional y Antonio Lorena de la ciudad de Cusco en el año 2018, $p = 0.000 < 0.05$.

Tabla 7
Ataques de pánico en puérperas atendidas en los servicios de maternidad del Hospital Regional y del Hospital Antonio Lorena de la ciudad de Cusco.

Ataques de pánico	Hospital				Total	
	Hospital Regional		Hospital Antonio Lorena		f	%
	f	%	f	%		
Ausencia	117	46.4	84	33.6	201	40.0
Baja	73	29.0	119	47.6	192	38.2
Media	57	22.6	47	18.8	104	20.7
Alta	5	2.0	0	0.0	5	1.0
Total	252	100	250	100	502	100
Prueba Chi cuadrado $X = 22.393$					$p = 0.000$	



En cuanto a Angustia, sexto objetivo específico de la investigación, el Hospital Regional se encuentra en el nivel medio con el 61.1% y el Hospital Antonio Lorena con el 46.8% con tendencia alta en un 34.8% (tabla 8).

Al 95% de confiabilidad utilizando la prueba Chi cuadrado de homogeneidad, afirma que existen diferencias significativas en la angustia en púerperas atendidas en los servicios de maternidad de los hospitales Regional y Antonio Lorena de la ciudad de Cusco en el año 2018, $p = 0.000 < 0.05$.

Tabla 8
Angustia en púerperas atendidas en los servicios de maternidad del Hospital Regional y del Hospital Antonio Lorena de la ciudad de Cusco.

Angustia	Hospital				Total	
	Hospital Regional		Hospital Antonio Lorena			
	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%
Ausencia	30	11.9	6	2.4	36	7.2
Baja	47	18.7	40	16.0	87	17.3
Media	154	61.1	117	46.8	271	54.0
Alta	21	8.3	87	34.8	108	21.5
Total	252	100	250	100	502	100
Prueba Chi cuadrado $X = 61.941$					$p = 0.000$	



En cuanto al séptimo objetivo específico de la investigación, respecto al trastorno de sueño encontramos baja y ausencia con un 39.7% respectivamente en el Hospital Regional y en el Hospital Antonio Lorena es baja con un 52.0% con tendencia media en un 44.0% (tabla 9). Al 95% de confiabilidad utilizando la prueba Chi cuadrado de homogeneidad, se afirma que existen diferencias significativas en el trastorno de sueño en puérperas atendidas en los servicios de maternidad de los hospitales Regional y Antonio Lorena de la ciudad de Cusco en el año 2018, $p = 0.000 < 0.05$.

Tabla 9

Trastornos de sueño en puérperas atendidas en los servicios de maternidad del Hospital Regional y del Hospital Antonio Lorena de la ciudad de Cusco.

Trastorno de sueño	Hospital				Total	
	Hospital Regional		Hospital Antonio Lorena			
	<i>F</i>	%	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%
Ausencia	100	39.7	3	1.2	103	20.5
Baja	100	39.7	130	52.0	230	45.8
Media	48	19.0	110	44.0	158	31.5
Alta	4	1.6	7	2.8	11	2.2
Total	252	100	250	100	502	100
<i>Prueba Chi cuadrado $X = 120.404$</i>					<i>p = 0.000</i>	



En cuanto al octavo objetivo específico de la investigación, respecto a la tristeza, existe ausencia con el 46.4% en las puérperas atendidas en el hospital Regional con tendencia baja en un 34.5%, por otro lado, el Hospital Antonio Lorena se encuentra en el nivel bajo con un 51.6% y con tendencia media en un 42.4% (tabla 10).

Al 95% de confiabilidad utilizando la prueba Chi cuadrado de homogeneidad, se afirma que existen diferencias significativas en el sentimiento de tristeza en puérperas atendidas en los servicios de maternidad de los hospitales Regional y Antonio Lorena de la ciudad de Cusco en el año 2018, $p = 0.000 < 0.05$.

Tabla 10

Tristeza en puérperas atendidas en los servicios de maternidad del Hospital Regional y del Hospital Antonio Lorena de la ciudad de Cusco.

Tristeza	Hospital				Total	
	Hospital Regional		Hospital Antonio Lorena			
	<i>f</i>	%	<i>F</i>	%	<i>f</i>	%
Ausencia	117	46.4	15	6.0	132	26.3
Baja	87	34.5	129	51.6	216	43.0
Media	44	17.5	106	42.4	150	29.9
Alta	4	1.6	0	0.0	4	0.8
Total	252	100	250	100	502	100
Prueba Chi cuadrado $X = 116.605$					$p = 0.000$	



En cuanto a llanto, noveno objetivo específico de la investigación, En el Hospital Regional las puérperas atendidas presentan ausencia en un 57.9 % y el Hospital Antonio Lorena las puérperas atendidas se encuentran en el nivel bajo con un 56.8% con tendencia media en un 34.8% (tabla 11).

Al 95% de confiabilidad utilizando la prueba Chi cuadrado de homogeneidad, se afirma que existen diferencias significativas en el llanto en puérperas atendidas en los servicios de maternidad de los hospitales Regional y Antonio Lorena de la ciudad de Cusco en el año 2018, $p = 0.000 < 0.05$.

Tabla 11

Llanto en puérperas atendidas en los servicios de maternidad del Hospital Regional y del Hospital Antonio Lorena de la ciudad de Cusco.

Llanto	Hospital				Total	
	Hospital Regional		Hospital Antonio Lorena			
	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%
Ausencia	146	57.9	18	7.2	164	32.7
Baja	72	28.6	142	56.8	214	42.6
Media	29	11.5	87	34.8	116	23.1
Alta	5	2.0	3	1.2	8	1.6
Total	252	100	250	100	502	100
Prueba Chi cuadrado $X = 152.294$					$p = 0.000$	



En cuanto a ideas suicidas, décimo objetivo específico de la investigación, en ambos hospitales en las puérperas atendidas son ausentes las ideas suicidas. El Hospital Regional con un 92.9% y el Hospital Antonio Lorena con un 98.4% (tabla 12).

Al 95% de confiabilidad utilizando la prueba Chi cuadrado de homogeneidad, se afirma que existen diferencias significativas en la presencia de ideas suicidas en puérperas atendidas en los servicios de maternidad de los hospitales Regional y Antonio Lorena de la ciudad de Cusco en el año 2018, $p = 0.000 < 0.05$.

Tabla 12

Ideas suicidas en puérperas atendidas en los servicios de maternidad del Hospital Regional y del Hospital Antonio Lorena de la ciudad de Cusco.

Ideas suicidas	Hospital				Total	
	Hospital Regional		Hospital Antonio Lorena		f	%
	f	%	f	%		
Ausencia	234	92.9	246	98.4	480	95.6
Baja	17	6.7	4	1.6	21	4.2
Media	1	0.4	0	0.0	1	0.2
Total	252	100.0	250	100.0	502	100.0
Prueba Chi cuadrado $X = 9.340$				$p = 0.000$		



4.2 Resultados respecto al objetivo general

Los resultados obtenidos en ambos nosocomios muestran diferencias significativas, el Hospital Regional se encuentra sin riesgo de depresión posparto con un 51.6%; sin embargo, el 31.0% tiene riesgo de depresión. En el hospital Antonio Lorena el 77.2% de puérperas atendidas presenta probable depresión posparto (tabla 13).

Analizando al 95% de confiabilidad utilizando la prueba Chi cuadrado de homogeneidad, se afirma que existen diferencias significativas en la Depresión posparto en puérperas atendidas en los servicios de maternidad de los hospitales Regional y Antonio Lorena de la ciudad de Cusco en el año 2018, $p = 0.000 < 0.05$, por ende, rechaza la hipótesis nula y se acepta la hipótesis alterna.

Tabla 13

Depresión posparto en puérperas atendidas en los servicios de maternidad de los hospitales Regional y Antonio Lorena de la ciudad de Cusco en el año 2018.

Depresión	Hospital				Total	
	Hospital Regional		Hospital Antonio Lorena		f	%
	f	%	f	%		
Sin riesgo de depresión	130	51.6	3	1.2	133	26.5
Riesgo de depresión	78	31.0	54	21.6	132	26.3
Probable depresión	44	17.4	193	77.2	237	47.2
Total	252	100.0	250	100.0	502	100.0
Prueba Chi cuadrado $X = 219.305$				$p = 0.000$		



Capítulo V

Discusión

5.1 Descripción de los hallazgos más relevantes y significativos

Para la realización de esta investigación trabajamos con 502 púerperas, 252 del Hospital Regional y 250 del Hospital Antonio Lorena.

El Hospital Regional presenta un 51.6% de púerperas sin riesgo de depresión posparto a diferencia del Hospital Antonio Lorena, en cual encontramos solo el 1.2 %. En cuanto a riesgo de depresión posparto, tenemos a un 31.0% en el Hospital Regional y 21.6% en el Hospital Antonio Lorena, finalmente, el Hospital Regional presenta un 17.4% de púerperas con probable depresión posparto, resultado con diferencia significativa en comparación al Hospital Antonio Lorena, el cual presenta un 77.2% Por lo tanto, existe mayor probabilidad de depresión posparto en el Hospital Antonio Lorena que en el Hospital Regional.

En cuanto a la capacidad de reír en las púerperas del Hospital Regional es alta con un 50.4% y en el Hospital Antonio Lorena es de un 4.4%, de acuerdo a la media capacidad de reír en las púerperas del Hospital Regional es de 34.1% con la diferencia de 50.0% del Hospital Antonio Lorena; con respecto a la baja capacidad de reír en las púerperas del Hospital Regional es de 12.3% y en el Hospital Antonio Lorena es de 43.6%. Existe un 3.2% de ausencia de capacidad de reír en el Hospital Regional y un 2.0% en el Hospital Antonio Lorena.



La Anhedonia en las puérperas del Hospital Regional es alta con un 61.1% y en el Hospital Antonio Lorena es de 1.2%, en cuanto al nivel medio, el Hospital Regional presenta un 30.6% y el Hospital Antonio Lorena presenta un 46.8%, la anhedonia es baja con un 6.7% en el Hospital Regional y con un 49.2% en el Hospital Antonio Lorena, finalmente, la ausencia de anhedonia en el Hospital Regional es de 1.6% y en el Hospital Antonio Lorena, de 2.8%.

La ausencia de culpabilidad en las puérperas atendidas en el Hospital Regional es de 15.5% mientras que en el Hospital Antonio Lorena es de 0.0%, baja culpabilidad 22.6% en el Hospital Regional y 24.0% en el Hospital Antonio Lorena, la culpabilidad se presenta medianamente con un 57.9% en el Hospital Regional y 41.2% en el Hospital Antonio Lorena, finalmente la culpabilidad es alta en el Hospital Regional con el 4.0% y en el Hospital Antonio Lorena es de 34.8%.

En cuanto a la ansiedad en el Hospital Regional es alta con el 1.6% y en el Hospital Antonio Lorena es de 2.4%, encontramos que es media con 29.8% en el Hospital Regional y en el Hospital Antonio Lorena es 23.6%, la ansiedad es baja con un 27.8% en el Hospital Regional y 48.4% en el Hospital Antonio Lorena, hay ausencia de ansiedad con 40.9% en el Hospital Regional y 25.6% en el Hospital Antonio Lorena.

Con respecto a los ataques de pánico, son ausentes en un 46.4% en el Hospital Regional y 33.6% en el Hospital Antonio Lorena, existe baja presencia con 29.0% en el Hospital Regional y 47.6% en el Hospital Antonio Lorena, la presencia es media en el Hospital Regional con el 22.6% y en Hospital Antonio Lorena es de 18.8% finalmente tiene una presencia alta con 2.0% en el Hospital Regional y 0.0% en el Hospital Antonio Lorena.

En lo que concierne a la comparación de la angustia, el Hospital Regional tiene ausencia en un 11.9% y en el Hospital Antonio Lorena en un 2.4%, es baja con 18.7% en el



Hospital Regional y 16.0% en el Hospital Antonio Lorena, la presencia media en el Hospital Regional es 61.1% y en el Hospital Antonio Lorena es de 46.8%, por último su presencia alta en el Hospital Regional es de 8.3% y en el Hospital Antonio Lorena es 34.8%.

Con respecto al trastorno de sueño hay ausencia en el Hospital Regional con un 39.7% y en el Hospital Antonio Lorena con 1.2%, su presencia es baja con un 39.7% en el Hospital Regional y en el Hospital Antonio Lorena con 52.0%, existe presencia media en el Hospital Regional con 19.0% y en el Hospital Antonio Lorena con 44.0%, su presencia es alta con 1.6% en el Hospital Regional y con 2.8% en el Hospital Antonio Lorena.

Respecto a la tristeza el Hospital Regional tiene ausencia en un 46.4%, es baja con 34.5%, media con 17.5% y alta con 1.6% y el Hospital Antonio Lorena tiene ausencia en el 6.0%, de la púérpera, es baja con 51.6%, media en 42.4% y alta en un 0.0%.

La presencia en cuanto al Llanto en el Hospital Regional es ausente en un 57.9%, baja en un 28.6%, media en un 11.5% y alta en 2.0%, en el Hospital Antonio Lorena la ausencia de llanto es en un 7.2%, es baja con un 56.8%, tiene presencia media en un 34.8% y alta en un 1.2%.

La existencia de ideas suicidas, el Hospital Regional tiene ausencia en un 92.9%, es baja en 6.7% y media en 0.4% y en el Hospital Antonio Lorena es ausente en un 98.4%, es baja en el 1.6% y media en el 0.0%.

5.2 Limitaciones del estudio

La limitación que encontramos al realizar la presente investigación fue que, las púérperas se encuentran internadas máximo tres días en ambos hospitales, y los controles no son atendidos dentro de dicho nosocomio, las madres realizan su control periódico en niño sano de los establecimientos de salud del distrito al que pertenecen, por lo que se realizó visitas a dichos establecimientos y domicilios respetando los adecuados criterios de inclusión



que se ha considerado para asegurarnos que su parto haya sido atendido en el Hospital Regional o en el Hospital Antonio Lorena, esto generó una demora en cuanto a la aplicación del instrumento.

5.3 Comparación crítica con la literatura existente

La prueba que se usó en este estudio logró darnos información adecuada para un buen diagnóstico, al igual que el estudio realizado por Maroto (2004) titulado “Evaluación del estudio del ánimo en el puerperio con la Escala de Depresión Posnatal de Edimburgo”, Los resultados fueron que la Escala de Depresión Postnatal de Edimburgo se establece como aquella con más poder diagnóstico, para clasificar madres con estado de ánimo deprimido.

Los resultados obtenidos en la investigación en relación a tristeza y llanto en el Hospital Antonio Lorena, son semejantes con los estudios de Dois (2009) con la investigación “Actualizaciones en Depresión posparto”, encontró resultados que durante las primeras semanas después del parto, cerca del 80% de las madres experimenta un cuadro denominado disforia/tristeza posparto, caracterizado por inestabilidad emocional, tristeza, insomnio, llanto, fatiga irritabilidad y ansiedad. Este cuadro cursa entre el tercer y décimo día posparto y ha sido asociado con los cambios hormonales de la etapa, por lo mismo, no requiere de tratamiento farmacológico, sino de la contención y apoyo de la familia. Si los síntomas se extienden por más de dos semanas con descenso significativo del humor acompañado de síntomas vegetativos, emocionales, del pensamiento, del comportamiento y de los ritmos vitales, se configura el episodio depresivo. Por otro lado, los resultados obtenidos en el Hospital Regional en relación a tristeza (niveles distribuidos predominantemente en: ausencia 46.4% y nivel bajo 34.5%) y llanto (ubicándose también en los niveles: ausencia 57.9% y nivel bajo 28.6%), coinciden con Gutiérrez (2010) con su



estudio “Prevalencia de tristeza materna y sus factores asociados”, este indica que los factores significativos relacionados con la tristeza, fueron: el antecedente de hijos muertos, episodios de depresión y alteraciones en el sueño y se concluye que la frecuencia de tristeza materna es baja en la población. Recomienda que los factores asociados con este padecimiento pueden identificarse durante el control prenatal para proporcionar atención especial a estas mujeres y así prevenir las complicaciones resultantes. La investigación realizada con el Hospital Regional y Antonio Lorena se enfocó más en la depresión posparto, mas no específicamente en otros factores como los mencionados en el estudio de Gutiérrez (2010), aun así, durante la entrevista se indagó un poco más acerca del historial de algunas puérperas y dichos factores no eran un común denominador al menos en el Hospital Regional, por lo cual, podemos afirmar la correlación entre el estudio realizado por Gutiérrez (2010) y los resultados obtenidos en el Hospital Antonio Lorena en cuanto a tristeza y llanto.

Los resultados obtenidos en culpabilidad sitúa a ambos Hospitales en el nivel medio, el Hospital Regional con un 57.9% y el Hospital Antonio Lorena con un 41.2%, estos resultados coinciden con el estudio realizado por Wolff (2009) en su tesis “Depresión Posparto en el embarazo adolescente, análisis del problema y sus consecuencias”, donde sus resultados fueron que, el embarazo adolescente se ha asociado a bajo nivel socioeconómico y educacional, inicio precoz de la actividad sexual y a psicopatología, tal como la depresión, asimismo, el autor considera que se sabe que las madres adolescentes tienen mayor riesgo de morbilidad obstétrica, más probabilidad de deserción escolar, inactividad laboral y dependencia económica, y a establecer vínculos de apego inseguros con sus hijos, éstos, en tanto, estarían más expuestos a la morbilidad perinatal y neonatal, a la prematura y bajo peso al nacer, al abuso y/o negligencia parental y a problemas conductuales y de rendimiento desde la etapa preescolar. Las conclusiones fueron que: la depresión posparto es un



importante problema de salud pública que afecta a puérperas de todas las edades, asociándose a factores de riesgo tales como, depresión previa, malas relaciones interpersonales dentro de la familia, con la pareja o padre del bebé y bajo apoyo social; la depresión posparto se asocia a alteraciones en el vínculo madre-hijo, con menor desarrollo y más problemas conductuales en el niño; entre las madres adolescentes, la depresión posparto es especialmente frecuente, y en ellas, además de los factores ya descritos, se agregan algunos particulares, tales como el riesgo de deserción escolar, de abuso y negligencia hacia el niño y mayor probabilidad de un segundo embarazo adolescente. La actual investigación halló similitudes en cuanto a los factores mencionados por Wolff (2009), la depresión posparto no distingue edad, clase social, nivel económico, etc. Algunos de los factores predominantes son: depresión previa, malas relaciones interpersonales dentro de la familia, con la pareja o padre del bebé, bajo apoyo social, entre otros. Como ya se mencionó anteriormente, la actual investigación no tuvo como objetivo examinar de manera más detallada otros factores relacionados a la depresión posparto, aun así, será de mucha utilidad para estudios posteriores relacionados a este tema.

En cuanto a los hallazgos de probable depresión posparto en el Hospital Antonio Lorena, reforzamos los resultados obtenidos por Rojas (2010) en su estudio titulado “Caracterización de madres deprimidas en el posparto”, se encontró que la prevalencia de depresión posparto varía de 8% a 30%, y un aumento de tres veces se ve en países emergentes en comparación con los países desarrollados, para ello se tomaron en cuenta las características sociodemográficas, historia obstétrica, los síntomas clínicos y de atención puerperal de 440 mujeres en el posparto que buscaron ayuda en la atención primaria y que fueron diagnosticados como deprimidas. El autor concluye que las mujeres con depresión posparto, constituyen un grupo que requiere de una atención más clínica debido a su gran vulnerabilidad biológica, los síntomas depresivos activos y enorme riesgo psicosocial. Los



programas en beneficio de la madre y los niños, deben ser combinando el componente de salud mental que les puede ofrecer un tratamiento adecuado a favor de su contexto psicosocial. El Hospital Regional presenta un 51.6 % de puérperas sin riesgo de depresión posparto, hallazgo significativo en cuanto al Hospital Antonio Lorena que presenta un 77.2% de puérperas con probable depresión posparto, las entrevistas realizadas en la investigación nos permitieron crear un ambiente de confianza con la mayoría de puérperas y así, poder indagar más acerca de la historia personal de cada una y aunque no las hayamos considerado por la finalidad del estudio, podemos afirmar que los factores asociados a la depresión posparto como los embarazos no deseados, carencia de apoyo social, historia familiar de depresión y episodios depresivos previos, fueron más recurrentes en las puérperas atendidas en el Hospital Antonio Lorena.

En los resultados hallados en esta investigación, el Hospital Regional presenta riesgo de depresión posparto en un 31%, el Hospital Antonio Lorena presenta un 77.2% de probable depresión posparto, ambos Hospitales requieren de una atención oportuna y en ello coincidimos con los estudios realizados por Arrebola (2015) titulado “La depresión posparto como problema de salud en la mujer” y por Huamán (2016), en su trabajo: “depresión en gestantes y puérperas inmediatas y mediatas evaluadas con la escala de Edimburgo adaptada al quechua en el Centro de Salud Pisac, Cusco”, Arrebola (2015) llevó a cabo un estudio de revisión bibliográfica donde se aborda el tema de la depresión posparto concluyendo que desde la atención primaria se tiene que hacer un cribado para detectar los primeros indicios de depresión posparto, y así, poder darle mayor importancia a la Psicoprofilaxis Obstétrica.

A través de este enfoque se le puede brindar mayor confianza a la mujer para afrontar el embarazo, parto y puerperio, además de disminuir los casos de depresión posparto y fomentando una intervención más temprana y eficaz. Huamán (2016) afirma que, la gestación



y el posparto, constituye un momento de alta vulnerabilidad para la aparición de desórdenes afectivos, tales como los trastornos depresivos; que representan un importante problema de salud pública, con otras condicionantes socioculturales lo incrementa en el área rural del Cusco. El grado de instrucción, la ocupación, estado civil, mostraron una relación significativa con el desarrollo de depresión en gestantes y posparto. Conclusión: La depresión en gestante y en puérperas inmediatas y mediatas en la zona rural (comunidades) del distrito de Pisac es un serio problema de salud pública por la alta prevalencia de presentación de esta patología, relacionada con diversos factores sociodemográficas que permiten tomar acciones a implementarse para un diagnóstico oportuno de esta enfermedad, en la zona rural. Gracias a las entrevistas realizadas a las puérperas de ambos Hospitales, muchas no tienen conocimiento sobre la psicoprofilaxis Obstétrica, factor importante para afrontar el embarazo, parto y puerperio y por consecuente, reducir la depresión posparto, reafirmando lo hallado en el estudio de Arrebola (2015).

El 51.6% de las puérperas del Hospital Regional se encuentran sin riesgo de depresión, sin embargo, el 31% y 17.5% están en riesgo y probable depresión respectivamente, el Hospital Antonio Lorena presenta un 77.2% de probable depresión, dichos resultados coinciden con los estudios realizados por: Urdaneta (2009), este realizó un estudio sobre “Factores de Riesgo de Depresión Posparto en Puérperas Venezolanas Valoradas por Medio de la Escala de Edimburgo”. Los resultados demostraron una prevalencia del test positivo del 91%, con una prevalencia de depresión posparto del 22%. De las características evaluadas, los trastornos médicos durante el embarazo, la enfermedad del neonato, no contar con el apoyo de su pareja, presentar antecedentes de depresión o melancolía, tener un nivel educativo primario o inferior, mostraron una asociación significativa con el desarrollo de depresión posparto, estos factores están presentes en la mayoría de puérperas que participaron



en este estudio y ameritan prestarles mucha atención para la debida detección y plan de tratamiento futuro, así lo demuestra el estudio realizado por López (2012) titulado “Frecuencia de la depresión puerperal en la maternidad de un Hospital universitario de la Región del Sur”, señaló que el riesgo de depresión posparto fue encontrado en seis puérperas (11%), lo que demuestra la importancia de los profesionales de la salud en realizar la detección precoz de la depresión posparto, teniendo como ayuda la Escala de Depresión Posparto de Edimburgo, por la eficacia y practicidad de su aplicación.

Durante la aplicación de la prueba y las entrevistas realizadas, encontramos que la mayoría de las puérperas atraviesan por situaciones negativas que repercuten de manera directa en sus vidas, por ejemplo, factores estresantes antes y durante el embarazo, conflictos conyugales, falta de apoyo social y familiar, inexperiencia en la crianza del niño (a), baja autoestima, ansiedad durante el embarazo y violencia, estos factores de riesgo, fueron encontrados también en los estudios de Rondón (2015), Aramburu (2004) y Escobar 2009. Rondón (2015) en su estudio titulado “Trastornos depresivos del embarazo y puerperio”, encontró que los factores de riesgo para la depresión puerperal son: antecedentes personal o familiar, estresores durante el año previo, ambivalencia, conflicto conyugal, falta de apoyo social y familiar, hipotiroidismo, factores obstétricos, mala salud del niño, falta de experiencia en la crianza, mala relación de la mujer con su propia madre y estatus socioeconómico bajo. Aramburú (2004), realizó la investigación titulada “prevalencia y factores asociados a depresión posparto en mujeres atendidas en establecimientos de salud del primer nivel de atención en Lima Metropolitana, junio 2004”, los resultados han evidenciado que la prevalencia de depresión posparto diagnosticada por medio del test de Edimburgo fue de 33% y, con la entrevista semiestructurada, se confirmó una prevalencia de 24.1%. Se encontró además que el 60.9%, presentaron factores estresantes; el 8.4%, tenían baja



autoestima; 23.8%, no percibían apoyo social, y 50%, tuvieron blues posparto. Escobar (2009), realizó la investigación titulada “Depresión posparto, ¿se encuentra asociada a la violencia basada en género?”, los resultados indican la asociación entre depresión posparto y violencia basada en género; la tasa de depresión posparto fue 17%, encontrando diferencias estadísticas al compararla con autoestima, depresión previa al embarazo, ansiedad durante la gestación, satisfacción marital y eventos estresantes durante la gestación. El 51% fue víctima de violencia basada en género, siendo la más frecuente la forma psicológica. Chaparro (2017), en la investigación “disfunción familiar como factor de riesgo para depresión en el Puerperio inmediato en el Hospital Regional Honorio Delgado Espinoza de Arequipa.”, encontró que, de un total de 90 puérperas, 49 presentaron disfunción familiar de las cuales el 71,43 % pertenece al grupo de depresión puerperal y el 28,57 % al grupo sin depresión. De las 41 pacientes sin disfunción familiar, sólo el 24,39% presentaron depresión. La edad materna, edad gestacional y paridad no demostraron asociación significativa con el riesgo de depresión puerperal en ambos grupos de estudio.

En este estudio encontramos un nivel ansioso importante y uno de los factores más influyentes es lo psicosocial, resultados encontrados también en el estudio realizado por Vega-Dienstmaier (2018). Los factores asociados a la depresión posparto que se hallaron fueron; ser soltera, grado de instrucción primaria y analfabetismo, provenir de zonas rurales y sentimiento de incapacidad del cuidado del neonato; factores que coinciden con los hallados en el estudio de Córdova (2017).

El riesgo y probable depresión encontrados en ambos nosocomios, enfáticamente más en el Hospital Antonio Lorena, mostró que la edad de las puérperas era uno de los factores de riesgo para la depresión posparto, dicha información se halló gracias a las entrevistas no estructuradas que se usaron. La mayoría de madres jóvenes sentía mayor culpabilidad,



ansiedad, angustia y tristeza, estos resultados coinciden con los estudios realizados por Pachas y Del Rosario (2014), Denegri y Jiménez (2018) y Carrillo (2013). Pachas y Del Rosario (2014) en su estudio titulado: “Características en puérperas con riesgo de depresión posparto atendidas en el Hospital Central PNP Luis N. Sáenz de julio a octubre”, trabajó con pacientes que se caracterizan porque se encuentran en el puerperio de su primer o segundo hijo, se observó que la edad de mayor riesgo fue entre 15 a 25 años, en su mayoría cursaron solo el nivel primario (57%) y en su mayor porcentaje correspondió a embarazos no planeados (69%). Denegri y Jiménez (2018), en su investigación “Factores Asociados a Depresión Posparto en Puérperas Atendidas en el Hospital Regional Honorio Delgado Espinoza, Arequipa, Febrero–Marzo”, el riesgo probable de depresión posparto fue el 24.4%, encontró que, entre los factores maternos, fetales y asistenciales de puérperas atendidas, el temperamento altamente melancólico y altamente colérico son factores que influyen significativamente en la depresión además del grado de instrucción secundario, concluyendo que la población estudiada presentó una alta prevalencia de depresión posparto, siendo entre los factores maternos más predisponentes: su temperamento altamente melancólico y altamente colérico, el grado de instrucción solo hasta el nivel secundario. Carrillo (2013), investigó sobre: “prevalencia de la depresión en gestantes quechua hablantes a través de la escala de Edimburgo adaptada al quechua, distrito de Lamay”, para identificar sus características clínicas y riesgos relacionados, en los resultados halló que los factores más influyentes en la depresión gestacional son: la edad y el periodo gestacional.

Asimismo, coincidimos con Vargas (2009), su estudio refiere que hasta el momento se le ha dado poca consideración al impacto del contexto cultural del periodo posparto como causa de la depresión, factores tales como la organización de la familia y el grupo social, el papel de las expectativas de la propia madre y de las que pudieran mostrar otros familiares o



personas significativas, la procedencia de la puérpera, etc. La experiencia de la depresión posparto se exagera y se potencializa por factores socioculturales dentro de las que se puede considerar la procedencia, situación que se considera que ocurre por desconocimiento (por ser un tema nuevo), no darle la debida importancia a estas respuestas emocionales, hacen que desencadenen una depresión posparto.

En el presente estudio se ha encontrado la presencia de probable depresión en un 47.2% tomando en cuenta a ambos Hospitales, dichos resultados coinciden con los hallados en el estudio de Masías y Arias (2018). Por los factores influyentes mencionados por las puérperas en el Hospital Regional y Antonio Lorena, se podría sugerir que el nivel socioeconómico es un factor determinante en la ocurrencia de la depresión posparto, ya que el grado de instrucción se encuentra fuertemente asociado al nivel socioeconómico.

5.4 Implicancias del estudio

Esta investigación pretende resolver el problema de la falta de información relacionada a la depresión posparto, tal desconocimiento permite en la mujer y su familia, no tomar las medidas necesarias para mejorar la calidad de vida y para acelerar el proceso de recuperación de la puérpera. Tiene implicancias para los problemas de la falta de datos que permitirá a su vez, mejorar la intervención, particularmente, de los profesionales psicólogos e implicados que laboran en tales nosocomios de la ciudad. Además, esta investigación se realizó porque existe la necesidad de conocer qué características y diferencias presenta la depresión posparto en puérperas atendidas en el servicio de maternidad del Hospital Regional y del Hospital Antonio Lorena de la ciudad de Cusco.



Conclusiones

Primera.- Existen diferencias significativas en cuanto a la capacidad de reír, en puérperas atendidas en los servicios de maternidad del Hospital Regional y Hospital Antonio Lorena de la ciudad de Cusco.

Segunda.- Existen diferencias en cuanto a anhedonia en puérperas atendidas en los servicios de maternidad del Hospital Regional frente a las atendidas en el Hospital Antonio Lorena de la ciudad de Cusco.

Tercera.- Se hallaron diferencias en cuanto a culpabilidad en puérperas atendidas en los servicios de maternidad del Hospital Regional y Hospital Antonio Lorena de la ciudad de Cusco.

Cuarta.- Se identificaron diferencias en cuanto a la ansiedad en puérperas atendidas en los servicios de maternidad del Hospital Regional y Hospital Antonio Lorena de la ciudad de Cusco.

Quinta.- Existen diferencias en cuanto a los ataques de pánico en puérperas atendidas en los servicios de maternidad del Hospital Regional y Hospital Antonio Lorena de la ciudad de Cusco.

Sexta.- Existen diferencias en cuanto angustia en las puérperas atendidas en los servicios de maternidad del Hospital Regional y Hospital Antonio Lorena de la ciudad de Cusco.

Séptima.- Existen diferencias significativas en cuanto a los trastornos de sueño en puérperas atendidas en los servicios de maternidad del Hospital Regional y Hospital Antonio Lorena de la ciudad de Cusco.



Octava.- Existen diferencias significativas en cuanto a tristeza en puérperas atendidas en los servicios de maternidad del Hospital Regional y Hospital Antonio Lorena de la ciudad de Cusco.

Novena.- Existen diferencias importantes en cuanto a llanto en puérperas atendidas en los servicios de maternidad del Hospital Regional y Hospital Antonio Lorena de la ciudad de Cusco.

Décima.- Existen diferencias en cuanto a ideas suicidas en puérperas atendidas en los servicios de maternidad del Hospital Regional y Hospital Antonio Lorena de la ciudad de Cusco.

Undécima.- Existe mayor probabilidad de depresión posparto en puérperas atendidas en los servicios de maternidad del Hospital Lorena de la ciudad de Cusco que en el Hospital Regional de la ciudad de Cusco en el año 2018.



Sugerencias

Primera.- A los responsables del área de maternidad de ambos nosocomios, enfáticamente en el Hospital Antonio Lorena, fortalecer las capacidades de empatía a través de capacitaciones de sensibilización; asimismo, incluir dentro de la atención, formatos y/o guías para valorar oportunamente la depresión posparto.

Segunda.- A los directivos del área de maternidad y ginecología, desarrollar un trabajo conjunto al acudir a las puérperas y detectar oportunamente la depresión posparto utilizando del test de la escala de depresión posparto de Edimburgo, para que, de esta forma, las personas más cercanas a la puérpera, tengan conocimiento y puedan tener las herramientas necesarias para afrontar una posible depresión posparto.

Tercera.- A las universidades para que estas puedan involucrar a los estudiantes, internos y bachilleres de la escuela profesional de Psicología y puedan realizar estudios y programas de tamizaje con el test de la Escala de Depresión posparto de Edimburgo para una intervención oportuna, generando más conciencia no solo en las puérperas y familiares, si no también, promoviendo charlas e informando al público en general.

Cuarta.- Realizar la prevención y enfrentar la depresión posparto en pacientes de ambos Hospitales con la finalidad de mejorar las relaciones entre madre e hijo desde temprana edad.

Quinto.- Sensibilizar al personal de salud, trabajar no solo con la madre sino también con la pareja y familia, para que se detecte oportunamente la depresión posparto.

Sexto. – A la pareja; recibir orientación psicológica acerca del tipo de relación que llevan y de la depresión posparto para que ambos sepan cómo afrontar de mejor forma los síntomas que la madre pueda presentar después del parto, afianzando la relación materna y paterno filial.



Séptima.- Realizar más estudios relacionados al tema, por cuanto es fundamental identificar los factores de riesgo en razón a la población estudiada, lo que permitirá abordar y establecer medidas eficaces de prevención y tratamiento.

Octava.- A los profesionales encargados del área competente, realizar un adecuado seguimiento a las puérperas en los controles que les correspondan.



REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Alhasanat & Fry-McComish. (2015). *Postpartum Depression Among Immigrant and Arabic women.*
- American Psychiatric Association, *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales*, 4a. versión (DSM-IV).
- American Psychiatric Association, *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales*, 5ta. Versión (DSM-V).
- Aramburú, y Arellano, R. (2004). *Prevalencia y factores asociados a depresión posparto en mujeres atendidas en establecimientos de salud del primer de atención en Lima Metropolitana.* Lima – Perú. Recuperado de:
<http://www.redalyc.org/pdf/2031/203120335006.pdf>
- Botero, J. (2008). *Obstetricia y Ginecología.* Colombia: Tinta Fresca.
- Bright, J. I., Baker, K. D. & Neimeyer, R. A. (1999). *Professional and professional group treatments for depression: a comparison of cognitive-behavioral and mutual support interventions. Journal of Counseling and Clinical Psychology*, 52:774-783.
- Buist AE, Barnett BE, Milgrom J. Pope S. Condon JT. Ellwood DA, et al. *To screen or not to screen – that is the question in perinatal depression.* MJA 2002; 177 Suppl: S1010-5.
- Carrillo (2013). *Prevalencia de la depresión en gestantes quechua hablantes a través de la escala de Edimburgo adaptada al quechua, distrito de Lamay.*
- Córdova. (2017). *Factores asociados a depression posparto en puérperas atendidas en Hospital II-2 Santa Rosa durante septiembre-diciembre.*



- Cox, J., Holden J. y Sagovsky, C. (2014). *Perinatal Mental Health: The Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS) Manual*. Estados Unidos: RCPsych Publications.
- Díaz, S. (2006). *El periodo de Posparto*. Chile. Recuperado de:
<http://www.unicef.cl/lactancia/docs/mod04/POST-PARTO.pdf>
- Dois, CA. (2009). *Actualizaciones en depresión posparto*. Santiago – Chile. Recuperado de: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0138-600X
- Escobar, JD. (2009). *Depresión Posparto: ¿Se encuentra asociada a la violencia basada en género?* Lima-Perú. Recuperado de:
http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1025-55832009000200006&lng=es&nrm=iso.
- Fuentes, A. y Méndez, K. (2011). *Depresión posparto y factores de riesgo asociados*. Guatemala. Recuperado de: http://biblioteca.usac.edu.gt/tesis/05/05_8800.pdf
- Gabbe, J y Niebyl, J. (2004). *Obstetricia*. Madrid-España: Servier Science.
- García & Surita. (2018). *Factores sociales y personales en la depression post parto en las mujeres que acuden al Puesto de Salud Gerardo Gonzales Villegas Tumbes, junio-Julio 2018*.
- Gonzales. (2016). *Prevalencia de depression posparto en puérperas adolescents y adultas en el Hospital Nacional Sergio E. Bernales, mayo*.
- Gutiérrez. (2010). *Prevalencia e tristeza materna y sus factores asociados*. México.
- Harris. (1996). *Biología Celular*. Recuperado de:
<https://yu5et.files.wordpress.com/2013/09/b101061a-c3lular-pania6a-3-ed.pdf>
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/8776916>



J.L. Cox, J.M. Holden, R. Sagovsky. (1987). *British Journal of Psychiatry (Revista Británica de Psiquiatría)*.

Kruckman L. y Smith S. (2008). *An Introduction to postpartum*. Recuperado de:

<http://www.postpartum.net/resources/>

Landa, C. (2007). *Constitución Política del Perú 1993*. Lima – Perú: Fondo Editorial PUCP

Laufer, E. (1993). *The Gender Conondrum. Contemporary Psychoanalytic perspectives on femininity and masculinity*. Londres: Routledge.

Leff, R. (2003). *La depresión post-parto desde la pulsión de muerte*. Lima: Pontificia Universidad Católica del Perú.

Lipa, F. (2014). *Depresión Posparto en puérperas primíparas y multíparas del establecimiento de salud I-3 José Antonio Encinas*. Puno – Perú.

López, M. (2012). *Frecuencia de la depresión puerperal en la maternidad de un Hospital Universitario de la Región Sur*. España. Recuperado de: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1695-61412012000300023

Lucas R, (1993) *Puerperal psychosis: vulnerability and aftermath*. En: J. Raphael-Leff (ed.) “*Spilt milk*” *perinatal loss and breakdown (2000)*. Londres: *Psychoanalytic ideas*.

Maroto, N., García, C. y Fernández, P. (2004). *Evaluación del estado de ánimo en el puerperio con la escala de depresión postnatal de Edimburgo*. Granada-España. Recuperado de: http://www.aepc.es/ijchp/articulos_pdf/ijchp-146.pdf.

Masías y Arias. (2018). *Prevalencia de la depresión post parto en Arequipa, Perú*.

Recuperado de:

http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S1018-130X2018000400004&lng=es&nrm=iso



- Medina, S. (2013). *Diferencias entre la depresión posparto, la psicosis y la tristeza posparto*. Universidad Anahuac del norte. Maestría en psicología clínica y psicoterapia. México. Recuperado de: <http://www.medigraphic.com/pdfs/inper/ip-2013/ip133h.pdf>
- Miller, L. (2000). *Chicago Women's Program: Comprehensive prenatal and postpartum psychiatric care for women with severe mental illness*. Recuperado de: <http://icpsi.cl/articulos/AcPIvolI/posparto.pdf>
- Moruno, P. (2006). *Actividades de la vida diaria*. España: Sevier España.
- Murray, L. (1992). *The impact of Postnatal Depression on infant*. Recuperado de: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/1577898>
- Murray, L., y Cooper, P. (1997). *The impact of psychological treatments of postpartum depression on maternal mood and development*. In: Cooper, P. & Murray, L. (Eds.), *Postpartum Depression and Child Development*.
- Organización Mundial de la Salud (2012). *La depresión es el trastorno mental más frecuente*. Recuperado de: http://www.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=7305%3A2012-dia-mundial-salud-mental-depresion-trastorno-mental-mas-frecuente&Itemid=1926&lang=es
- Organización Mundial de la Salud (2013). *Depresión Posparto*. Recuperado de: <http://www.revistasmedicasmexicanas.com.mx/download/gineco/2010/ENERO/Femego%201.10-10%20PREVALENCIA.pdf>.
- Organización Mundial de la Salud (2018). *Trastornos mentales*. Recuperado de: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs396/es/>
- Pantoja, M. (1995). *Factores de riesgo en la psicosis posparto*. Lima – Perú.



- Paucara Calachahuin, (2016). *Utilidad de la escala de Edimburgo en el diagnóstico de depresión posparto en madres que acuden a consultorios de atención integral del niño en el Hospital Goyeneche de Arequipa.*
- Pérez, A; (1993) *Variables posiblemente asociadas a depresión posparto.* Rev Obstet Ginecol Venez 2007; 67(3):187-91.
- Pop, V. (1993). *Prevalence of post partum depression.* Recuperado de:
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21127438>
- Reeder, (1995) *Enfermería Maternoinfantil* Pág630. 17Ed. Interamericana Mc Graw-Hill.
- Robinson, T. (1995). *Plato´s Psychology.* Toronto - Estados Unidos: University of Toronto Press.
- Rojas, G. (2010). *Caracterización de madres deprimidas en el Posparto.* Chile. Recuperado de: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-98872010000500002
- Rondón R. (2005). *Trastornos depresivos del embarazo y puerperio.* Perú. Recuperado de: http://sisbib.unmsm.edu.pe/bvrevistas/acta medica/2005_n1/pdf/a03.pdf.
- Roque, F. (2010). *Prevalencia de depresión posparto y sus factores de riesgo.* Lima - Perú. Recuperado de: <http://www.redalyc.org/pdf/507/50719094003.pdf>
- Silvera. (2018). *Factores de riesgo de depresion postparto en puérperas del hospital de baja complejidad vitarte octubre – diciembre.*
- Sit, (2006) *Postpartum depression: a disorder in search of a definition.* Arch Womens Ment Health. 2010; 13:37-40.
- Toranzo, G. (1992). *Efectos de un programa preventivo prenatal para la depresión puerperal en primigesta.* Lima – Perú. Recuperado de: <http://www.revistacultura>.



com.pe/revistas/RCU_23_1_efectos-de-un-programa-preventivo-prenatal-para-la-depresion-puerperal-en-primigestas.pdf

Urdaneta, M. y Rivera, S. (2009). *Factores de riesgo de depresión posparto en púerperas venezolanas valoradas por medio de la escala de Edimburgo*. México. Recuperado de: <http://www.revistasochog.cl/files/pdf/DR.URDANETA1.pdf>

Vallejo, J. (2006). *Conócete A ti mismo*. México: Temas de hoy.

Vargas, J., & García, M. (2009). *Depresión post-parto: presencia y manejo psicológico*. Venezuela: Revista Obstetricia y ginecología.

Vega Dienstmaier. (2018). *Depresion postparto en el Perú*. Recuperado de: http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1018-130X2018000400001

Walter, (1997) *Costs and effectiveness of community postnatal support workers: randomised controlled trial*.

Whitton, A., Warner, R., Appleby, L. (1996). *The pathway to care in post-natal depression: women's attitudes to post-natal depression and its treatment*. Recuperado de: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/8776916>

Winnicott, D. (1999). *Escritos de pediatría y Psicoanálisis*. Estados Unidos: Grupo Planeta (GBS)

Wolff, C., Valenzuela, X. y Zapata, B. (2009). *Depresión posparto en el embarazo adolescente: análisis del problema y sus consecuencias*. Chile. Recuperado de: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-75262009000300004



A

INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS

Cuestionario Sobre Depresión Posparto Según Edimburgo (EPDS)			
Responda a las siguientes preguntas.			
¿Cómo se ha sentido usted en los últimos 7 días?			
N°	Ítems	Respuesta	Calificación
01	He sido capaz de reírme y ver el lado divertido de las cosas	<input type="checkbox"/> Siempre	0
		<input type="checkbox"/> A veces	1
		<input type="checkbox"/> Ocasionalmente	2
		<input type="checkbox"/> Nunca	3
02	He mirado el futuro positivamente	<input type="checkbox"/> Siempre	0
		<input type="checkbox"/> A veces	1
		<input type="checkbox"/> Ocasionalmente	2
		<input type="checkbox"/> Nunca	3
03	Cuando las cosas han salido mal, me he culpado a mí misma	<input type="checkbox"/> Siempre	3
		<input type="checkbox"/> A veces	2
		<input type="checkbox"/> Ocasionalmente	1
		<input type="checkbox"/> Nunca	0
04	He estado nerviosa o inquieta sin tener motivo	<input type="checkbox"/> Siempre	0
		<input type="checkbox"/> A veces	1
		<input type="checkbox"/> Ocasionalmente	2
		<input type="checkbox"/> Nunca	3
05	He sentido miedo o he estado asustada sin tener motivo	<input type="checkbox"/> Siempre	3
		<input type="checkbox"/> A veces	2
		<input type="checkbox"/> Ocasionalmente	1
		<input type="checkbox"/> Nunca	0
06	Los problemas diarios me causan preocupación y gran sufrimiento	<input type="checkbox"/> Siempre	3
		<input type="checkbox"/> A veces	2
		<input type="checkbox"/> Ocasionalmente	1
		<input type="checkbox"/> Nunca	0
07	Me he sentido tan infeliz que he llegado a tener dificultad para dormir	<input type="checkbox"/> Siempre	3
		<input type="checkbox"/> A veces	2
		<input type="checkbox"/> Ocasionalmente	1
		<input type="checkbox"/> Nunca	0
08	Me he sentido triste o desgraciada sin motivo	<input type="checkbox"/> Siempre	3
		<input type="checkbox"/> A veces	2
		<input type="checkbox"/> Ocasionalmente	1
		<input type="checkbox"/> Nunca	0
09	He sido tan infeliz que he estado llorando con frecuencia	<input type="checkbox"/> Siempre	3
		<input type="checkbox"/> A veces	2
		<input type="checkbox"/> Ocasionalmente	1
		<input type="checkbox"/> Nunca	0
10	Se me ha ocurrido la idea de hacerme daño	<input type="checkbox"/> Siempre	3
		<input type="checkbox"/> A veces	2
		<input type="checkbox"/> Ocasionalmente	1
		<input type="checkbox"/> Nunca	0

Gracias por participar.



Consentimiento informado

Estimada Sra.

Estamos realizando un estudio sobre la depresión posparto en las puérperas (mujeres que se encuentran en el periodo posterior al alumbramiento) de los Hospitales Regional y Antonio Lorena del Cusco, lo cual nos permitirá conocer la situación en la que se encuentran dichas mujeres, por tal razón solicitamos su participación voluntaria respondiendo al instrumento.

Título de la investigación:

Depresión Posparto en Puérperas Atendidas en los Hospitales Regional y Lorena de la Ciudad de Cusco, 2018

Le suplicamos, además, llenar los datos que se requieren a continuación:

Yo _____

He leído la hoja de información que se me ha entregado

He podido hacer preguntas sobre el estudio

He recibido suficiente información sobre el estudio

He hablado con las responsables del proyecto de tesis

Comprendo que mi participación es voluntaria

Comprendo que puedo retirarme del estudio:

1. Cuando quiera
2. Sin tener que dar explicaciones
3. Sin que esto repercuta en mis labores

Por esto, manifiesto libremente mi conformidad para participar en dicho estudio.

Cusco, _____ de _____ de 2018

Firma de la participante