



Esta obra está bajo una [Licencia Creative Commons Atribución- NoComercial-CompartirIgual 2.5 Perú](http://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/2.5/pe/).

Vea una copia de esta licencia en <http://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/2.5/pe/>

**UNIVERSIDAD NACIONAL DE SAN MARTIN  
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD  
ESCUELA ACADÉMICO PROFESIONAL DE ENFERMERÍA**



**RELACIÓN ENTRE CARACTERÍSTICAS  
SOCIODEMOGRÁFICAS Y RIESGO DE DEPRESIÓN  
POSPARTO EN PUÉRPERAS QUE CONSULTAN EN LA  
CLÍNICA CORPOMEDIC TARAPOTO  
JUNIO-SEPTIEMBRE 2012.**

**TESIS**

**Para Obtener el Título Profesional de:**

**LICENCIADO EN ENFERMERIA**

**AUTORES:**

**Bach. ELEN ROSA VASQUEZ JULCAHUANGA  
Bach. RONI SANGAMA MORI**

**ASESORA:**

**Lic. Enf. JUANITA OLGA LOPEZ LLONTOP**

**TARAPOTO- PERU**

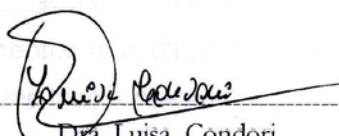
**2012**

**UNIVERSIDAD NACIONAL DE SAN MARTIN**  
**FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD**  
**ESCUELA ACADEMICO PROFESIONAL DE ENFERMERÍA**

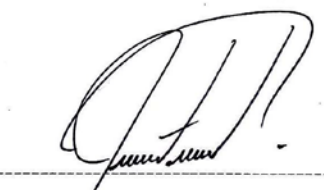


**RELACIÓN ENTRE CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRAFICAS Y  
RIESGO DE DEPRESION POSPARTO EN PUÉRPERAS ATENDIDAS  
EN LA CLÍNICA CORPOMEDIC TARAPOTO JUNIO-SETIEMBRE 2012.**

JURADO CALIFICADOR:

  
Dra. Luisa Condori  
PRESIDENTE

  
Enf. M. Sc. Lucy Villena Campos  
MIEMBRO

  
Dr. Jorge Torres Delgado  
MIEMBRO

## DEDICATORIA

A DIOS. Por ser mí guía en cada momento de mi vida.

A MIS PADRES, Santos Cruz Vásquez Vásquez, Luz Julcahuanga Pariahuache, con eterno amor, respeto, orgullo y a mis hermanos que me brindaron todo el apoyo moral y económico de forma desinteresada para mi formación profesional.

Cesar Aguilar Soriano gracias por todo el apoyo que me das para seguir adelante, gracias por estar conmigo y recuerda que eres muy importante para mí.

**Elen Rosa**

A Dios. Por haberme permitido llegar hasta este punto y haberme dado la vida para lograr mis objetivos, además de su infinita bondad y amor. A la Virgen María. Porque al igual que al lado de su hijo Jesucristo, siempre ha sentido conmigo brindándome su amor incondicional de madre.

A mis padres: Porque creyeron en mi y porque me sacaron adelante, dándome ejemplos dignos de superación y entrega, porque en gran parte gracias a ustedes, hoy puedo ver alcanzado mi meta, ya que siempre estuvieron impulsándome en los momentos más difíciles de mi carrera, y porque el orgullo que sienten por mi, fue lo que me hizo ir hasta el final.

**Roni**

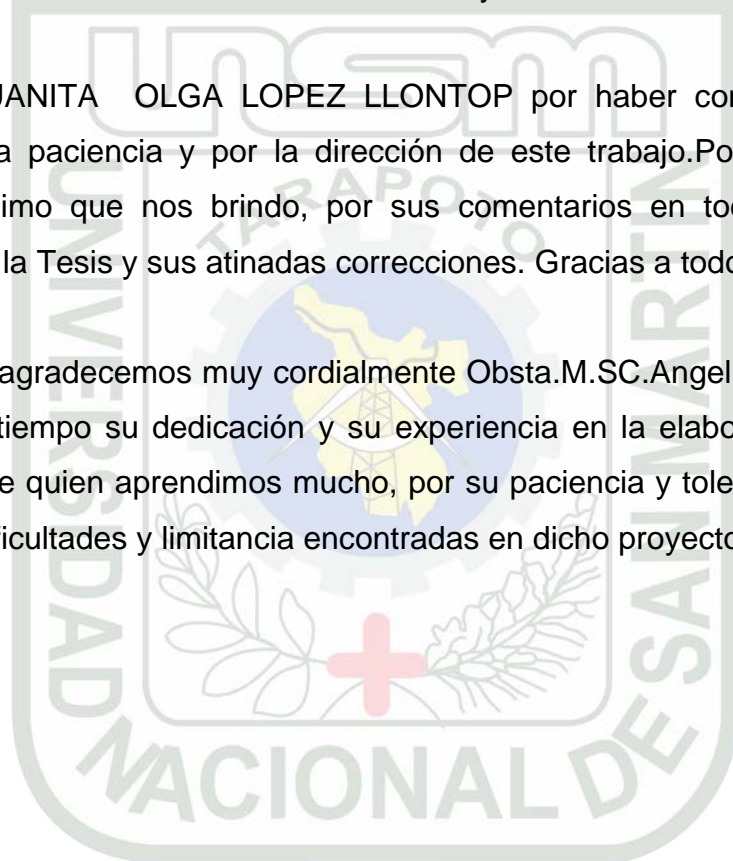
## **AGRADECIMIENTO**

La presente Tesis es un esfuerzo en el cual, directa o indirectamente, participaron varias personas leyendo, opinando, corrigiendo, teniéndonos paciencia, dando ánimo, acompañando en los momentos de crisis y en los momentos de felicidad.

A Lic. Enf. JUANITA OLGA LOPEZ LLONTOP por haber confiado en nuestra persona, por la paciencia y por la dirección de este trabajo. Por los consejos, el apoyo y el ánimo que nos brindo, por sus comentarios en todo el proceso de elaboración de la Tesis y sus atinadas correcciones. Gracias a todos.

De ante mano agradecemos muy cordialmente Obsta.M.SC. Angel Delgado Ríos por brindarnos su tiempo su dedicación y su experiencia en la elaboración de nuestra investigación de quien aprendimos mucho, por su paciencia y tolerancia al trabajo a pesar de las dificultades y limitancia encontradas en dicho proyecto.

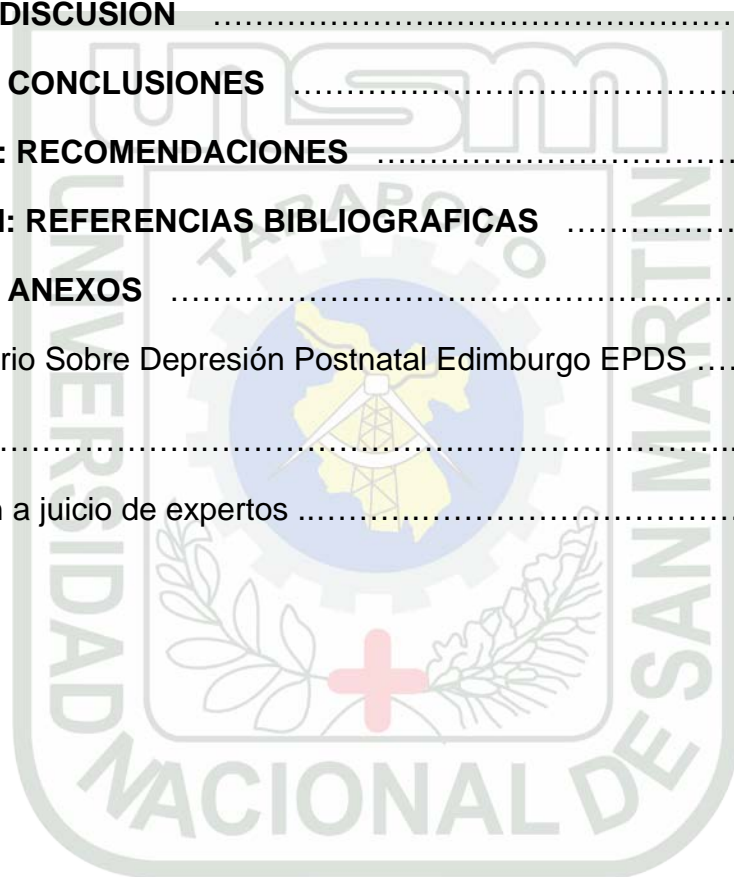
**Los autores**



## INDICE

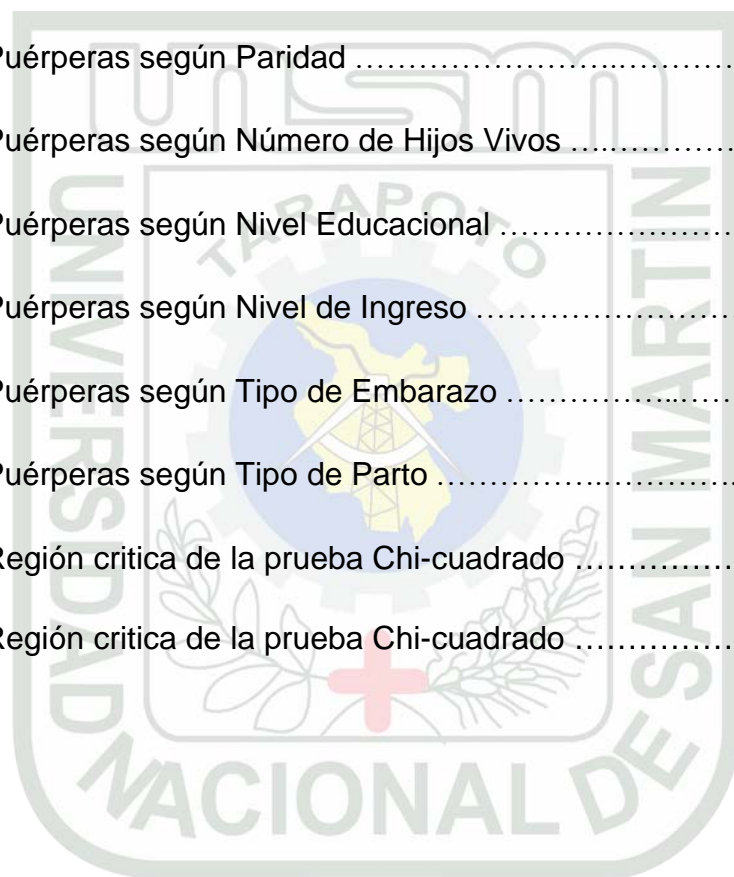
Contenido	Página
DEDICATORIA .....	i
AGRADECIMIENTO .....	ii
ÍNDICE DE CONTENIDOS .....	iii
ÍNDICE DE GRÁFICOS .....	v
RESUMEN .....	vi
ABSTRACT .....	vii
<b>TITULO</b> .....	1
<b>CAPITULO I: INTRODUCCIÓN</b> .....	2
1.1. Marco conceptual .....	6
1.2. Antecedentes .....	7
1.3. Bases teóricas .....	12
1.4. Justificación .....	20
1.5. Formulación del problema .....	23
1.6. Hipótesis .....	23
<b>CAPITULO II: OBJETIVOS</b> .....	23
2.1. Objetivo general .....	23
2.2. Objetivos específicos .....	23
<b>CAPITULO III: MATERIALES Y METODOS</b> .....	24
3.1. Tipo de estudio .....	24
3.2. Diseño de investigación .....	24
3.3. Universo, población y muestra .....	24
3.4. Unidad de análisis .....	24
3.5. Procedimiento .....	26
3.5. Métodos de instrumentos de recolección de datos .....	28

<b>CAPITULO IV: RESULTADOS</b> .....	
4.1. Determinar la prevalencia de depresión puerperal en las pacientes púerperas que consultan en la Clínica CORPOMEDIC.	29
4.2. Describir las características socio demográficas en las pacientes púerperas que consultan en la Clínica CORPOMEDIC. ....	30
4.3. Identificar la relación que existe entre la depresión posparto y las características socio demográficas de las púerperas en estudio. ....	39
<b>CAPITULO V: DISCUSIÓN</b> .....	42
<b>CAPITULO VI: CONCLUSIONES</b> .....	46
<b>CAPITULO VII: RECOMENDACIONES</b> .....	47
<b>CAPITULO VIII: REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS</b> .....	48
<b>CAPITULO IX: ANEXOS</b> .....	52
9.1. Cuestionario Sobre Depresión Postnatal Edimburgo EPDS .....	52
9.2. Encuesta .....	54
9.3. Validación a juicio de expertos .....	56



## INDICE DE GRÁFICOS

	Contenido	Página
Gráfico 4.1:	Riesgo de Depresión Posparto en puérperas .....	29
Gráfico 4.2:	Puérperas según Edad .....	30
Gráfico 4.3:	Puérperas según Estado Civil .....	31
Gráfico 4.4:	Puérperas según Ocupación .....	32
Gráfico 4.5:	Puérperas según Paridad .....	33
Gráfico 4.6:	Puérperas según Número de Hijos Vivos .....	34
Gráfico 4.7:	Puérperas según Nivel Educativo .....	35
Gráfico 4.8:	Puérperas según Nivel de Ingreso .....	36
Gráfico 4.9:	Puérperas según Tipo de Embarazo .....	37
Gráfico 4.10:	Puérperas según Tipo de Parto .....	38
Gráfico 4.11:	Región crítica de la prueba Chi-cuadrado .....	40
Gráfico 4.12:	Región crítica de la prueba Chi-cuadrado .....	41





## RESUMEN

La presente investigación titulada “**Relación entre características sociodemográficas y riesgo de depresión posparto en puérperas que consultan en la Clínica corpomedic Tarapoto Junio-Setiembre 2012**”; fue planteado como descriptivo correlacional de corte transversal, con enfoque cuantitativo, el mismo tuvo como objetivo determinar la relación entre las características socio demográficas y la depresión posparto en las puérperas que consultaron en la Clínica CORPOMEDIC Tarapoto.

La muestra estuvo representada por 30 puérperas que cumplieron con los criterios de inclusión. Para la recolección de la información se utilizó como técnica el cuestionario y dos instrumentos: la entrevista estructurada, para identificar las características sociodemográficas de las puérperas y el test de preguntas cerradas estandarizadas; la Escala de Depresión Postnatal de Edimburgo (EPDS) que fue previamente solicitada al autor para identificar el riesgo de depresión en las puérperas.

Los datos obtenidos fueron sistematizados usando el paquete estadístico Microsoft Excel 2007 y SPSS VERSIÓN 17.0. Los hallazgos encontrados fueron: El mayor riesgo de depresión posparto en las puérperas fue 66,7% y 33,3%) no presentaron riesgo de depresión. El 73,3 % de jóvenes tuvieron entre 20 a 30 años de edad, 80% tuvieron unión estable, el 36,7% fue ama de casa, 50,0% primíparas; el 46,7% refirió tener un solo hijo, el 30,0% poseía estudios de secundaria completa, el 40,0% tuvo ingresos entre 100 a 500 nuevos soles, el 60,0% manifestó embarazo deseado y el 56,7% refirió parto por cesárea.

No existió una asociación significativa entre **Riesgo de Depresión Posparto** y las Características Socio demográficas: **Edad, Estado Civil, Ocupación, Paridad, Número de Hijos Vivos, Nivel Educativo y Nivel de Ingreso**, pero se encontró una asociación significativa entre **Riesgo de Depresión Posparto** y el **Tipo de Embarazo** y asociación significativa entre **Riesgo de Depresión Posparto** y el **Tipo de Parto**, en puérperas de la clínica CORPOMEDIC Tarapoto.

PALABRAS CLAVES: SOCIODEMOGRAFICA-RIESGO DE DEPRESION  
PUERPERA

## ABSTRACT

This research entitled **“related between sociodemographic characteristics and postpartum depression in postpartum women who consult CORPOMEDIC Clinic. Tarapoto district. June-September 2012”**; it was planned as descriptive correlational cross-sectional, with a quantitative approach, it aimed to determine the relationship between sociodemographic characteristics and postpartum depression in postpartum women who came to the Clinic CORPOMEDIC Tarapoto.

The sample was represented by 30 postpartum women who met the inclusion criteria. For data collection technique was used as the questionnaire and two instruments: a structured interview to identify the sociodemographic characteristics of postpartum women and standardized test of closed questions; Scale Edinburgh Postnatal Depression (EPDS), which was previously requested the author to identify the risk of depression in postpartum women. The data were systematized using the statistical package SPSS Microsoft Excel 2007 and Version 17.0. The findings were: increased risk of postpartum depression in postpartum women was 66.7% and 33.3%) had no risk of depression. 73.3% of students had between 20 to 30 years old, 80% had stable union, 36.7% were housewives, 50.0% primiparous, 46.7% reported having one child, the 30.0% had completed high school, 40.0% had incomes between 501 to 750 soles, 60.0% reported unwanted pregnancy and 56.7% had cesarean delivery. There was no significant association between postpartum depression and sociodemographic characteristics: age, marital status, occupation, parity, number of living children, educational level and income level, but found a significant association between Postpartum Depression Pregnancy and the type and significant association between postpartum depression and the type of delivery, postpartum clinic in Tarapoto-CORPOMEDIC.

Keywords: sociodemographic - risk of depression - postpartum.

## TITULO

RELACION ENTRE CARACTERISTICAS SOCIODEMOGRAFICAS Y RIESGO DE DEPRESION POSPARTO EN PUÉRPERAS QUE CONSULTAN EN LA CLÍNICA CORPOMEDIC TARAPOTO JUNIO-SEPTIEMBRE 2012.



## I. INTRODUCCIÓN

Los problemas emocionales durante el puerperio se conocen desde la antigüedad, ya en los primeros escritos de Hipócrates, 700 AC, los describía en detalle, así como también en los textos de Celcio y Galeno **(14)**.

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 puerperio que durante otras épocas del ciclo vital, especialmente en las embarazadas de bajos ingresos económicos.

El trastorno depresivo es una enfermedad que afecta al cerebro, el ánimo y la manera de pensar, el cual es considerado como un desorden del talante, el cual constituye la forma más común de sufrimiento mental, millones de personas en todo el mundo, sin importar sus razas, nacionalidades o culturas sufren esta enfermedad. **(15)**

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 **(10)**.

Desde otro punto de vista el puerperio es el período posterior al parto que comienza después de la expulsión de la placenta y se extiende más allá de las seis semanas. Durante el mismo se producen transformaciones progresivas de orden anatómico y funcional, además de un estado de labilidad emocional que debe ser considerado por los profesionales de la salud cuando la mujer asiste a los futuros controles pediátricos o ginecológicos, pues el descuido de esta condición predispone a la puérpera a desórdenes de naturaleza psíquica que deben detectarse precozmente**(1)**.

Durante el embarazo y el puerperio se suceden una serie de cambios bioquímicos, psicológicos y sociales que ocasionan una mayor vulnerabilidad para la aparición de trastornos en la esfera psíquica de la mujer. La depresión posparto es entendida como la presencia de todo trastorno

depresivo, sin síntomas psicóticos, que se manifiesta durante el primer año posparto. El cuadro clínico de la depresión posparto es similar al de los episodios depresivos observados en otras etapas de la vida, sin embargo. La depresión posparto posee características peculiares que justifican su consideración como entidad específica **(15)**.

Dentro de los trastornos mentales del postparto se deben considerar tres cuadros bien definidos: el primero de ellos denominado “Baby Blues” o Melancolía, se presenta en un 50 a 70 % de las mujeres, es transitorio, autolimitado, se inicia entre el tercero y noveno día del puerperio, con síntomas depresivos menores (llanto, insomnio, agotamiento, desasosiego) con pronóstico favorable y no requiere tratamiento farmacológico. La Depresión Mayor Posparto, tiene una prevalencia del 10 a 20%, se inicia entre la primera y la cuarta semana posparto con síntomas depresivos severos (aislamiento, irritabilidad, comportamiento antisocial). Es un trastorno de alto riesgo con potencial descompensación psicótica. Por último, la Psicosis Puerperal que tiene una prevalencia del 2%, considerada una emergencia psiquiátrica con alto riesgo de suicidio-infanticidio. Se inicia entre la primera y segunda semana posparto con alucinaciones, delirios y desorganización del pensamiento **(2)**.

La Depresión Posparto (DPP) que se da entre el 10-15% de las puérperas, mantiene los mismos criterios diagnósticos de depresión mayor. Es un cuadro que puede iniciarse en la 3<sup>a</sup> a 4<sup>a</sup> semana postparto hasta un año después, encontrándose un peak de presentación en las semanas 8 a 12 post parto. Requiere tratamiento y puede cursar con síntomas severos en una de cada 10 puérperas **(10)**.

La DPP es un importante trastorno de la salud mental en la mujer, con una prevalencia tres veces más alta en los países en desarrollo que en los países desarrollados, siendo más frecuente en las mujeres de nivel socioeconómico bajo **(15)**. Los factores de riesgo que han sido descritos para el desarrollo de esta entidad son variados: edades extremas de las puérperas, el embarazo no deseado, las dificultades conyugales, los problemas con los padres, el nivel socioeconómico, la paridad, la patología ginecoobstétrica de la mujer, el parto por cesárea, el uso de anestesia en el parto, enfermedad del recién nacido y problemas en la lactancia, entre

otros **(21)**. Asimismo, se ha asociado a conductas poco saludables como el omitir la atención prenatal o el uso de sustancias nocivas (tabaco, alcohol, sustancias ilegales) y constituyendo un factor de riesgo para intentos de suicidios y suicidio consumados **(22)**. Por otra parte, se ha demostrado que las mujeres adolescentes, las primíparas y las que tuvieron antecedentes mórbidos presentaban más depresión **(15)**.

Sin embargo, algunas investigaciones que han estudiado variables socio demográficas, obstétricas y perinatales asociadas al riesgo de depresión posparto han encontrado resultados contrarios a estos; en este sentido se ha señalado que variables como escolaridad, estado civil, nivel socioeconómico, patologías del embarazo, tipo de parto, hospitalización del recién nacido, no resultaron estadísticamente diferentes para riesgo de depresión posparto **(23)**. Asimismo, la edad no ha representado un factor de riesgo estadísticamente significativo para el hallazgo de test positivo **(15-23)**; al respecto se ha encontrado que las madres adolescentes no presentaban un riesgo mayor que el de otras mujeres para el desarrollo de esta entidad **(24)**.

De igual forma se ha relacionado la paridad con la presencia de depresión postparto, sin encontrarse una asociación significativa al riesgo de desarrollar esta entidad **(25)**.

La etiología del síndrome depresivo puerperal es multifuncional. Se asocian: factores bioquímicos, psicológicos, comorbilidades asociadas, antecedentes psiquiátricos previos y factores socio demográficos. Entre estos últimos: edades extremas, nivel socioeconómico bajo, ocupación sobre numerada, nuliparidad, estado civil inestable, entre otros **(7)**.

A lo anterior se suma la elevada prevalencia que se ha informado de dicho diagnóstico en estudios a nivel mundial, que hace que este padecimiento deba ser estudiado en forma cuidadosa **(4)**. Por ejemplo, cifras reportadas por diversos autores en occidente oscilan entre el 10 y 15% **(4)**; específicamente en el Instituto Nacional de Perinatología de México se reportó una prevalencia del 21,7% **(5)**.

Se sabe que sólo un 0,2% de las pacientes deprimidas consultan al psiquiatra, el 9% al médico general, y más del 80% no son diagnosticadas **(6)**. Se observará, por lo expresado anteriormente, la trascendencia de la

pesquisa precoz en los centros de salud y la responsabilidad del personal de salud de aprender a sospechar, diagnosticar y derivar adecuadamente a este inmenso número de pacientes.

En la revisión de estudios de investigación resulta difícil determinar la prevalencia real de la depresión posparto, porque los estudios difieren extremadamente en lo que se refiere a metodología empleada y a las poblaciones analizadas, pero puede aceptarse que la frecuencia mundial de esta enfermedad fluctúa entre un 10 a 20% de las puérperas según algunos autores (15) o de un 10 a 15% según otros (16); con un rango entre 30 a 200 casos por cada 1000 nacimientos y con una estimación de una tasa de recurrencia entre 10 y 35% **(14)**.

La presencia de síntomas mentales graves durante el embarazo y/o el postparto es importante por su morbilidad, consecuencias y posibles complicaciones, lo que ha llevado a que en los últimos años se haya intentado optimizar el diagnóstico y proveer tratamientos tempranos y eficientes para estos.

El presente trabajo de investigación se realizó en puérperas que consultaron en la Clínica Privada CORPOMEDIC del Distrito Tarapoto, Provincia de San Martín, Departamento de San Martín; ubicado en Barrio Partido Alto de Tarapoto, buscó determinar como segunda variable las características socio demográficas, teniendo en cuenta las dimensiones: edad, estado civil, ocupación, paridad, número de hijos vivos, nivel educacional, nivel socioeconómico, tipo de parto y embarazo; dimensiones que fueron correlacionadas con la primera variable de estudio, siendo significativas en la relación sólo las dos últimas. El presente estudio se llevó a cabo en el periodo comprendido entre Junio- setiembre 2012.

### 1.1. Marco conceptual:

- **Ansiedad:** Preocupación o inquietud causadas por la inseguridad o el temor, que puede llevar a la angustia.
- **Angustia:** Sufrimiento y preocupación intensos provocados por un peligro o una amenaza.
- **Depresión:** Estado psíquico que se caracteriza por una gran tristeza sin motivo aparente, decaimiento anímico y pérdida de interés por todo.
- **Desanimo:** Quitar el ánimo o la energía a una persona de modo que no tenga ganas de continuar haciendo algo
- **Humor:** Estado de ánimo que se manifiesta exteriormente en una determinada actitud, como la alegría o el enfado, ante los acontecimientos de la vida.
- **Puérpera:** Mujer recién parida.
- **Postparto:** Que afecta o concierne a la mujer después del parto.
- **Psicosis:** Enfermedad mental grave que se caracteriza por una alteración global de la personalidad acompañada de un trastorno grave del sentido de la realidad
- **Trastornos:** Cambio o alteración en el orden que mantenían ciertas cosas o en el desarrollo normal de algo.
- **Tristeza:** Sentimiento de melancolía que provoca falta de ánimo y de alegría e ilusión por las cosas, y que se manifiesta a veces con tendencia al llanto.



## 1.2. Antecedentes

En la ciudad de Arica –Chile; titulado Validación del Cuestionario “Postpartum Depression Screening Scale” Versión en español, teniendo como objetivo poner a prueba la versión en Español de la Escala de Depresión Postparto (PDSS) en una población de mujeres de Arica, Chile. Utilizando una muestra por conveniencia de 179 mujeres con dos o más semanas de postparto que asistieron a Consultorios de Atención Primaria. Se obtuvieron datos sobre características socio demográfico y reproductivo y se aplicó el PDSS para pesquisar DPP. Los resultados demostraron que el 46,4% de las mujeres presentaron síntomas significativos de DPP. “Pensamientos suicidas” y “perdida del yo” fueron los síntomas más mencionados (34,1% y 26,3%, respectivamente) **(18)**.

En la ciudad Chile, Titulado “Factores de riesgo de depresión posparto en púerperas Venezolanas por medio de la escala de Edimburgo” al estudiar las características demográficas y clínicas de la población estudiada se encontró edad promedio de 24 años con rangos entre 19 y 33 años. Se evaluó el tiempo posterior al parto en la realización de la evaluación, evidenciándose que las pacientes se encontraban en el puerperio tardío, alrededor de las 5 semanas. La presencia de síntomas depresivos obtenidos por la aplicación de la EDPS evidenció que el síntoma disforia se observó en el 9% de las pacientes, la ansiedad en el 74%, el sentimiento de culpa en el 54%, la dificultad para la concentración se observó en el 51% y la ideación suicida solo se observó en el 8% de las púerperas evaluadas. **(15)**

El resultado de la EDPS aplicada a las púerperas, obtuvo un mínimo de 0 puntos y un máximo de 25, con un promedio de  $15,86 \pm 2,05$  puntos. En la evaluación de la intensidad de los síntomas depresivos se observó que en el 4% no había riesgo de DPP; mientras que en el 5% y 91% presentaron riesgo límite de DPP y probable depresión, respectivamente. El 91% de las púerperas evaluadas fueron positivas para riesgo de DPP, sin embargo, al ser valoradas según los

criterios del DSM IV solo fueron finalmente diagnosticados con depresión el 22% de las pacientes **(15)**.

Al analizar los factores de riesgo sociales, se demostró que en el 50% de los casos las pacientes tenían como procedencia el área rural mientras que el otro 50% eran de procedencia urbana y solo un 25% de estas mujeres realizaban alguna actividad laboral. También fue evaluado el nivel educativo, lográndose establecer que el 33% de la muestra tenían un nivel educativo correspondiente a educación primaria completa o menos, el 36% habían cursado la secundaria y sólo el 31% habían alcanzado un nivel técnico y/o universitario. La estimación del riesgo para estos factores, arrojó que sólo el hecho de tener un nivel educativo primario o inferior aumentaba 7 veces el riesgo de presentar DPP ( $p < 0,001$ ), mientras que el haber alcanzado un nivel educativo superior a la primaria tenía un efecto protector ( $p < 0,05$ ) **(15)**.

Estudio titulado “Caracterización de madres deprimidas en el parto”, realizada en cinco consultorios de atención primaria de salud de la Región Metropolitana-; aprobado por el Comité de Ética del Hospital Clínico de la Universidad de Chile, trabajando con 440 puérperas entre 1 a 11 meses posparto con un rango de edad entre 15 y 46 años, los resultados reportaron lo siguiente: El 47,0% había cursado educación media completa y 25,7% educación media incompleta; 33,4% señaló ser casada, 32,3% convivir con su pareja, y 27,5% reportó ser soltera. El 68,4% declaró vivir con su pareja y 21,8 con sus padres en el mismo hogar. El 82,7% indicó ser dueña de casa y 12,1% ser trabajadora. El promedio de hijos de las mujeres de la muestra, incluyendo al último, fue de dos. Se encontró una correlación débil pero significativa entre un mayor puntaje en el EPDS con una menor educación ( $r = 0,102$ ;  $p = 0,033$ ); un mayor número de hijos ( $r = 0,186$ ;  $p < 0,001$ ) y de embarazos ( $r = 0,194$ ;  $p < 0,001$ ), una mayor diferencia con el hermano que le antecede ( $r = 0,161$ ;  $p = 0,001$ ); respectivamente **(26)**.

En la ciudad Mexico, estudio titulado: “Prevalencia de depresión posnatal en mujeres atendidas en hospitales públicos de Durango de la ciudad de México”; teniendo como objetivo el estudio de la prevalencia

de depresión posnatal y las características epidemiológicas asociadas en una población de 178 mujeres con 01 a 13 semanas posparto. A la población de estudios se les aplicó la Escala de Depresión Posnatal de Edinburgo, y la depresión se evaluó utilizando los criterios del DSM-IV. Además, se obtuvieron datos sociodemográficos, clínicos y psicosociales de las participantes. Los resultados arrojaron lo siguiente: La prevalencia general de depresión posnatal fue de 32.6 % (58/178). Las prevalencias de depresión mayor y menor fueron 14.1 % (25/178) y 18.5 % (33/178), respectivamente. . La prevalencia general de depresión posnatal en las mujeres rurales (38.8 %) fue más alta pero no estadísticamente significativa, que en las mujeres urbanas (26.9 %) ( $p = 0.09$ ) En relación a las características sociodemográficas y la prevalencia de la depresión posnatal; Los resultados fueron analizados en tres grupos: mujeres urbanas, mujeres rurales, y todas las mujeres. En cuanto a la educación, se observó frecuencia significativamente mayor de depresión posnatal en mujeres con hasta seis años de educación, que en aquellas con más de seis años de educación. Las mujeres con más de tres años viviendo con su pareja mostraron una frecuencia significativamente mayor de depresión posnatal que las mujeres con una relación más corta El análisis de otras características sociodemográficas como edad, ocupación, estado civil, edad al contraer matrimonio, lugar de nacimiento y de residencia, y religión no mostraron diferencias estadísticamente significativas en la prevalencia **(27)**.

En la ciudad Chile, titulado caracterización de madres deprimidas en el post parto, se encontró que un nivel educacional más bajo, un mayor número de hijos y de embarazos, y la mayor diferencia de edad con el hermano que le antecedió, se asociaron a mayor gravedad de la sintomatología depresiva según la Escala de Depresión Posnatal de Edimburgo (EPDS?. Sin embargo, esta asociación fue leve y no logró demostrarse al controlar por las otras variables socio demográficas en la regresión múltiple. Sólo un menor nivel educacional y el ser múltipara lograron configurar un modelo válido, no obstante explicaron sólo 5% de la varianza del puntaje del EPDS. **(9)**

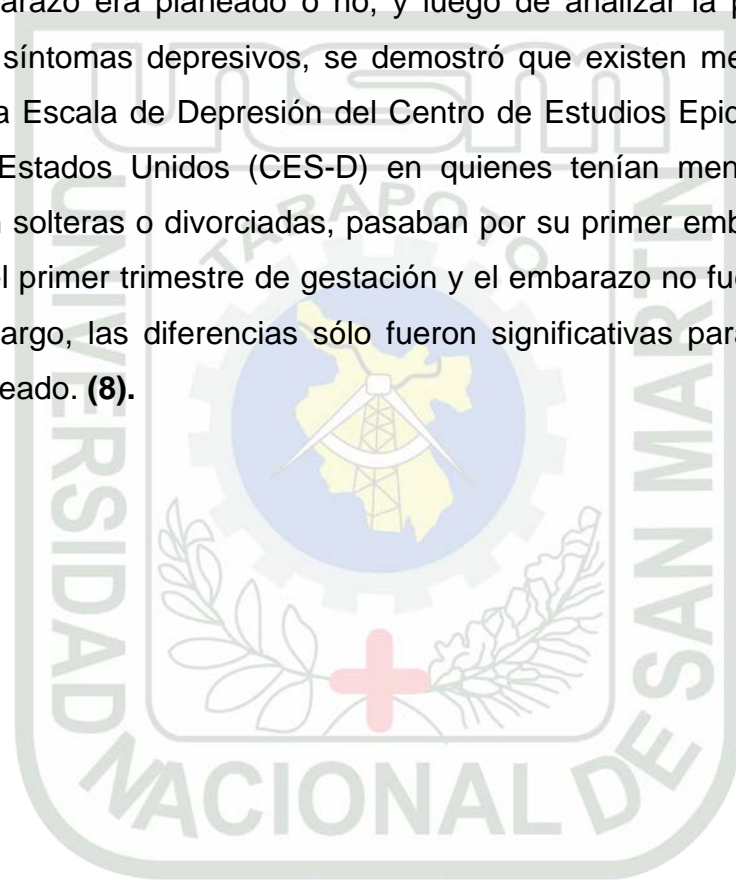
En la ciudad de Tacna- Perú, titulada “Factores Psicosociales Asociados y Detección de Depresión Postparto Usando la Escala de Edimburgo en Madres Adolescentes”. Trabajando con 88 madres adolescentes y teniendo como objetivo Determinar los factores psicosociales asociados y la incidencia de depresión postparto usando la escala de Edimburgo en madres adolescentes del Hospital Hipólito Unánue se concluyo que: La incidencia de madres adolescentes fue 14,17%. La incidencia de DPP usando la EPDS en madres adolescentes fue 51,1%. La incidencia de ideas de auto-daño fue de 22,2% en aquellas con DPP y 4,7% en las que no presentaron depresión; esto nos indica que hay 1,8 veces más riesgo que una madre adolescente con DPP tenga ideas de autodaño que una sin depresión. Los factores psicosociales que tuvieron asociación a DPP fueron estado civil, grado de instrucción y el entorno de convivencia familiar de la madre. La edad de la pareja, paridad, nivel socioeconómico, relación con la pareja y embarazo no planificado, no demostraron ser factores de riesgo. **(28)**

Según el estado civil de la madre adolescente, se encontró que las pacientes solteras no convivientes presentaron 73,9 % de DPP y solteras convivientes 43,5%, casadas 0% y divorciadas 100%. Según el grado de instrucción las madres que cursan estudios escolares primarios presentan 100% de DPP, las que tienen secundaria incompleta 50%, secundaria completa 53,8%, nivel superior técnico de estudios no presentan DPP (0%), en contraste a quienes cursan con estudios universitarios donde el 100% presenta DPP. En cuanto a la paridad se encontró valores de depresión postparto (DPP) de 51,9% en primíparas y 42,9% en multíparas. **(28)**

En la ciudad Chile, titulado prevalencia y factores de riesgo asociados a la depresión post parto en púerperas de un centro de atención primaria, se ha observado que la mayoría de las mujeres que padecen cuadros neuropsíquicos durante el embarazo y puerperio no reciben ayuda profesional. Más aún, casi el 50% ni siquiera posee contención de familiares o amigos. Por otro lado, las mujeres que sí tienen contacto con profesionales de la salud en controles posteriores al parto, no

están dispuestas a manifestar sus problemas emocionales, o en el otro extremo, los médicos subestiman sus preocupaciones, no las escuchan o desconocen la existencia de tales patologías **(3)**.

En la ciudad de Mexico; titulado síntomas depresivos en el embarazo y factores asociados en pacientes de 3 instituciones de salud, que incluyó entre otros factores, las siguientes características socio demográficas: edad, escolaridad, estado civil, ocupación, proveedor principal, número de embarazo, semanas de gestación y si el embarazo era planeado o no, y luego de analizar la posible relación con síntomas depresivos, se demostró que existen medias más altas en la Escala de Depresión del Centro de Estudios Epidemiológicos de los Estados Unidos (CES-D) en quienes tenían menor escolaridad, eran solteras o divorciadas, pasaban por su primer embarazo, estaban en el primer trimestre de gestación y el embarazo no fue planeado. Sin embargo, las diferencias sólo fueron significativas para embarazo no planeado. **(8)**.



### 1.3. Bases teóricas

#### A. Depresión Puerperal

Es definida como alteración patológica del estado de ánimo con descenso del humor y tristeza producida durante el postparto. Según la Escala de Depresión Posnatal de Edimburgo (EPDS), cuyo puntaje oscila entre 0 y 30 puntos, se consideró: depresión posparto: 12 puntos o más, sin depresión: 11 puntos o menos. **(10)**

La depresión posparto es el desarrollo de depresión en la madre tras el nacimiento de su hijo. Se caracteriza por llanto, desánimo y sentimientos de incapacidad o inhabilidad para enfrentar la situación, principalmente en lo que concierne a cuidados del recién nacido y a las tareas domésticas. Son frecuentes también los sentimientos de culpa y autocensura por no estar amando o cuidando su hijo lo suficiente, y casi siempre están presentes síntomas de ansiedad acompañando o inclusive superando a los síntomas de depresión del humor, su duración suele variar entre 6 a 8 semanas, aunque puede llegar hasta el primer año de postparto. **(28)**

Existen tres tipos de alteraciones que pueden presentarse en el postparto: Disforia, Depresión y Psicosis **(11,12 y 13)**.

La Disforia Posparto es un cuadro leve y autolimitado (50-75%), aparece más tempranamente que la depresión, entre la 1ª y la 2ª semana, su duración habitual va de horas hasta 10 días. Es un cuadro de alta frecuencia, que afecta a cerca del 60 % de mujeres en puerperio. Caracterizado por labilidad Emocional, angustia, alteraciones del sueño, irritabilidad y fatigabilidad. Requiere fundamental manejo ambiental, psicoeducación a paciente y familia; generalmente no requiere tratamiento farmacológico. Si este cuadro se prolonga por más de 2 semanas hay que sospechar y evaluar el desarrollo de un Episodio Depresivo Posparto

La Psicosis Posparto es un cuadro severo, poco frecuente (0,1 a 0,2%) y dramático, aparece en las primeras 48 horas hasta 2 semanas postparto y presenta riesgo de suicidio e infanticidio. Requiere

hospitalización y manejo de especialidad a la brevedad y se le considera un indicador pronóstico de patología mental severa.

La Depresión Posparto (DPP) (10-15%), mantiene los mismos criterios diagnósticos de depresión mayor. Es un cuadro que puede iniciarse en la 3ª a 4ª semana postparto hasta un año después, encontrándose un peak de presentación en las semanas 8 a 12 post parto. Requiere tratamiento y puede cursar con síntomas severos en una de cada 10 puérperas **(10)**.

Desde los tiempos de Hipócrates, los clínicos notaron una asociación entre los trastornos del humor y el período posterior al parto. Este vínculo entró oficialmente en la nomenclatura psiquiátrica cuando el DSM IV definió a la depresión mayor con comienzo en el postparto como episodios de depresión que comienzan hasta 4 semanas luego del mismo. **(28)**

Este período se corresponde con rápidos cambios hormonales, postulando la idea que estos contribuyen a la vulnerabilidad a la depresión. Sin embargo, debido a que los factores psicosociales tienen una relevancia mayor como desencadenantes de la depresión puerperal, muchos investigadores usan una definición operativa del período en cuestión de hasta 6 meses luego del parto. **(28)**

Los tipos de depresión que consideramos como de riesgo a presentarse en la etapa del puerperio son:

### **Tristeza Postparto o “postpartum Blues” (TP)**

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

cultural, alimentación o cantidad de hijos. Sin embargo estos factores pueden contribuir al desarrollo de una Depresión Mayor. **(28)**

Existen dos hipótesis que lideran la explicación de la aparición de la TP. La primera es que los cambios en el ánimo están ligados a cambios bruscos de los niveles hormonales. Hay evidencia que muestra que los niveles absolutos de estrógenos y progesterona no desencadenan episodios de TP, pero los cambios bruscos entre los niveles durante el embarazo y los que se registran luego del parto, parecen estar asociados a una mayor probabilidad de desarrollar TP. Del mismo modo, un metabolito de la progesterona, la alopregnona, con efecto ansiolítico agonista GABA, es significativamente menor en mujeres con TP. **(28)**

Una segunda hipótesis sostiene que se inicia por la activación de un sistema relacionado con las conductas madre-hijo de los mamíferos, y que estaría regulado en forma primaria por la Oxitocina. Hay evidencia directa de este fenómeno en mamíferos no primates: madres roedoras a las que se les extrajeron las células productoras de oxitocina exhibieron conductas con menos rasgos maternos que aquellos roedores que no tuvieron cirugía. Evidencias indirectas sugieren que mecanismos similares, pero más versátiles, pueden existir en humanos y primates. Bajo condiciones de adecuada contención y bajo estrés, esos cambios neurofisiológicos promueven las conductas de acercamiento entre madre e hijo. Sin embargo, bajo condiciones de alto estrés y soporte inadecuado, esta reactividad emocional puede incrementar la vulnerabilidad a la depresión, al tornarse la mujer más susceptible al efecto de estos factores. **(28)**

### **Depresión Postparto sin Psicosis**

La prevalencia en EE.UU. es de 10-20% de las mujeres, en el lapso de 6 meses después del parto. Los factores de riesgo incluyen la historia personal de depresión mayor, historia de desórdenes disfóricos premenstruales (pero no necesariamente el síndrome premenstrual leve o moderado), estrés psicosocial, historia de trastornos de la alimentación y el inadecuado soporte psicosocial. **(28)**



Los síntomas pueden incluir sentimientos de infelicidad, de no ser apta como madre, trastornos del sueño y el apetito y dificultad en la concentración. Los trastornos del sueño son habitualmente caracterizados por dificultad para dormir incluso cuando alguien este cuidando al bebé. El término Ego-Distónico refiere a pensamientos que están caracterizados por la diferencia entre su contenido y lo que la persona desea o cree en la actualidad. Esos pensamientos tienen rasgos de obsesividad, pero raramente llegan al acto, en ausencia de psicosis. Sin embargo, cuando una mujer con depresión postparto sin psicosis severa llega a conductas suicidas, puede considerar también matar a su hijo, e incluso a sus hijos más pequeños, muchas veces siguiendo el deseo de no abandonarlos. **(28)**

No hay evidencia directa de que el desbalance hormonal cause depresión postparto. Los cambios biológicos subyacentes en la TP pueden llevar a la depresión postparto en presencia de un contexto vulnerabilidad genética, estrés en el entorno o insuficiente soporte social. Hay evidencia indirecta que soporta esta idea; simulando el estado postparto mediante la administración de hormonas que luego son retiradas repentinamente es significativamente más probable producir depresión en mujeres con historia de depresión postparto que en mujeres sin antecedentes al respecto. **(28)**

Hay diferencias aparentemente significativas entre diferentes culturas en cuanto a la prevalencia de depresión postparto. Existen trabajos de campo que muestran que las culturas donde aparentemente hay una baja prevalencia de depresión postparto están caracterizadas por un fuerte soporte a nivel social para las nuevas madres, como por ejemplo, sistemas de ayuda en el cuidado del niño, alimentación especial, baños rituales, o el mismo retorno a su hogar de origen. **(28)**

La depresión postparto que no es tratada puede tener consecuencias a largo plazo. Para la madre, el episodio puede ser el precursor de una depresión recurrente. Para los hijos, una madre deprimida puede contribuir a problemas a nivel emocional, cognitivo o conductual en el futuro. **(28)**

### **Depresión Postparto con Psicosis:**

En estos casos se observan cuadros de psicosis, con alucinaciones y/o delirio dentro de las 3 semanas luego del parto. Puede ser un episodio que se registre por primera vez en la vida de la paciente, o bien como parte de un problema recurrente. En su inicio suele aparecer más frecuentemente con rasgos de trastorno bipolar, que como trastornos del ánimo. **(28)**

Comparando estos episodios con los trastornos psicóticos no asociados al postparto, se observa más desorientación y labilidad en forma característica.

Las mujeres con depresión postparto con psicosis pueden tener mejorías temporarias en apariencia, despistando a pacientes y cuidadores, haciéndoles pensar que se han recuperado, pero al poco tiempo empeoran sus síntomas depresivos y psicóticos.

Comparando con episodios de depresión sin psicosis, las mujeres con psicosis puerperal tienen más probabilidades de terminar haciendo daño a sus hijos, al pasar al acto con mayor facilidad. Si bien en los casos en donde se ha implementado un tratamiento exitoso no se ha visto aumentado el riesgo de daño para los hijos, la depresión postparto con psicosis tiene una alta probabilidad de recurrencia, tanto durante el período del postparto, como fuera de él, si no se realiza tratamiento de mantenimiento. **(28)**

Un aspecto relevante en relación a la DPP es que suele presentar dificultades para su diagnóstico por una baja de reporte de síntomas emocionales, la atribución de sintomatología a una reacción “normal” ante el embarazo y por el hecho que las atenciones de salud para la madre, en el sistema público, se establecen solo en primer mes post parto. Es por ello que es importante contar con instrumentos de apoyo en el diagnóstico, uno de ellos es el Screening Escala de Depresión Posparto de Edimburgo (Anexo) empleada y validada en varios países y culturas, y traducida al menos a 23 idiomas diferentes. Este es un instrumento autoaplicado que hace referencia a los 7 días previos. Se deben responder todas las preguntas y se aplica 6 a 8 semanas posparto **(10)**.

## **ESCALA DE DEPRESIÓN POSTPARTO DE EDIMBURGO (Edinburgh Postnatal Depression Scale - EPDS).**

El uso de herramientas de rastreo, como la Escala de Depresión Postparto de Edimburgo que ha sido validada en diversos estudios internacionales, incluyendo el Perú, es efectivo en cuanto a realizar el diagnóstico temprano de la depresión. Este cuestionario ha mostrado una sensibilidad del 88% y una especificidad del 92.5 % para depresión postparto. Su aplicación puede realizarse desde el puerperio inmediato para contribuir a una mejor efectividad en el diagnóstico precoz, de hecho, en varios estudios se ha demostrado una mayor tasa de prevalencia de este problema, no porque haya aumentado, sino por haber sido diagnosticada oportunamente.

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

### **Instrucciones de uso:**

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

**Pautas para la evaluación:** A las categorías de las respuestas se les dan puntos de 0, 1, 2 y 3 según el aumento de la gravedad del síntoma. Los puntos para las preguntas 3, 5, 6, 7, 8, 9, 10 se anotan en orden inverso (por ejemplo, 3, 2, 1, 0). Se suman todos los puntos para dar la puntuación total. Una puntuación de 10+ muestra la probabilidad de una depresión, pero no su gravedad. Cualquier número que se escoja que no sea el "0" para la pregunta número 10, significa que es necesario hacer evaluaciones adicionales inmediatamente. La puntuación de la EPDS está diseñada para asistir al juicio clínico, no para remplazarle. Se les harán evaluaciones adicionales a las mujeres antes de decidir el tipo de tratamiento. Los usuarios pueden reproducir esta escala sin necesidad de obtener permisos adicionales siempre y cuando respeten los derechos de autor y citen los nombres de los autores, el título y la fuente del artículo en todas las copias que reproduzcan. **(28)**

La depresión posparto es la complicación más común de la etapa posnatal. Las 10 preguntas de la EDPS son una valiosa y eficiente forma de identificar pacientes en riesgo de Depresión Posnatal. Esta escala es fácil de administrar y ha probado ser una herramienta de screening efectiva. Las madres cuyo puntaje esté por encima de 12 (doce) pueden estar sufriendo una enfermedad depresiva de severidad variable. El puntaje de la escala no debe dejar de lado el juicio clínico.

Un asesoramiento clínico cuidadoso debería realizarse para confirmar el diagnóstico. La escala indica cómo se ha sentido la mamá durante la semana previa. En casos dudosos sería útil repetir la prueba dos semanas después. La escala no detectará madres con neurosis ansiosa, fobias o desórdenes de la personalidad. Las mujeres con depresión posparto necesitan no sentirse solas.

Al final se obtendrá:

Cuadro N° 01: Mujeres con depresión posparto necesitan no sentirse solas.

	SIN DEPRESION	CON DEPRESION	PUNTAJE
PREGUNTAS	1, 2, 4	3, 5 a 10	<10 puntos : No DPP
PUNTAJE	0 1 2 3	3 2 1 0	>=10 puntos: DPP
PUNTAJE MAXIMO			30 PUNTOS

En cuanto a las características socio demográficas, se consideró las siguientes dimensiones sustentados en la propuesta de Ruth, M. (4) las cuales considera las siguientes:

**Características socio-demográficas:** cualidades que determinan los rasgos sociales y demográficos de una persona.

**1. Edad:** tiempo transcurrido desde el nacimiento hasta el momento actual, medida en años o edad cronológica de la madre al momento de puerperio. Se considerara: adolescentes: 11 a 19 años, jóvenes: 20 a 30 años, adultas: 31 años en adelante.

**2. Estado Civil:** es la condición de las personas determinada por sus relaciones de familia, provenientes del matrimonio o tipo de unión con la pareja, que establece ciertos derechos y deberes. Se considerará: soltera no conviviente, soltera conviviente, casada, divorciada y viuda.

**3. Ocupación:** actividad o trabajo habitual, remunerado o no. Se considerará: ama de casa, empleado estable, empleado inestable, trabajo independiente, desempleado y otro.

**4. Paridad:** número de partos totales. Se considerará: primíparas = un solo parto, secundíparas = dos partos, múltiparas = tres o más partos.

**5. Número de hijos vivos:** cantidad de niños que viven. Se considerará: este es el primero, es el segundo, es el tercero y otros.

**6. Nivel Educativo:** máximo grado de instrucción alcanzado. Se considerará: sin estudios, primaria incompleta, primaria completa, secundaria incompleta, secundaria completa, Técnica completa, técnica incompleta, universitario incompleto, universitario completo.

**7. Nivel ingreso económico:** según ingresos mensuales totales en la vivienda, comparado con la canasta básica total del año 2012. Se considerara bajo si es igual o menor que 750 nuevos soles.

**8. Embarazo Deseado:** definido como aquel estado de gravidez que ha sido buscado y/o previamente planificado por la pareja. Se considerará: embarazo deseado, embarazo no deseado.

#### **1.4. Justificación**

Los desórdenes depresivos afectan al menos al 20% del sexo femenino y 12% de los hombres en algún momento durante su vida, siendo las mujeres doblemente susceptibles a sufrir depresión, y los síntomas generalmente se incrementan con la edad. Si bien los trastornos afectivos constituyen el segundo desorden más común dentro de las enfermedades mentales en todo el mundo, la Organización Mundial de la Salud (OMS) estima que para la tercera década de este milenio será la segunda causa general de discapacidad. El puerperio constituye entonces, una época en la cual estos trastornos son comunes, pero algunos, como la depresión posparto son poco reconocidos **(15)**.

La depresión, más frecuente en la mujer, es un problema mundial, cuyas probabilidades de padecerla aumentan durante el puerperio. Las cifras de incidencia de depresión en el posparto son variables entre el 8 al 12% pero, en algunas comunidades latinoamericanas, se han informado valores superiores al 20%. Se ha reportado incremento de la incidencia durante la adolescencia. **(29)**

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. **(28)**

Se sabe entonces que las mujeres presentan con más frecuencia trastornos del estado de ánimo, principalmente en la edad reproductiva,

pudiendo ser la gestación y el postparto momentos de relevancia para su desarrollo debido a cambios fisiológicos, hormonales y psicológicos importantes. Los trastornos afectivos, sobre todo la depresión, figuran entre los trastornos psiquiátricos más prevalentes en los adultos. La prevalencia de depresión mayor en mujeres en algún momento de su vida oscila entre 14 y 21 % **(19)**.

La presencia de síntomas mentales graves durante el embarazo y/o el postparto es importante por su morbilidad, consecuencias y posibles complicaciones, lo que ha llevado a que en los últimos años se haya intentado optimizar el diagnóstico y proveer tratamientos tempranos y eficientes para estos. Al respecto, se han diseñado varias escalas para el tamizaje de esta patología, entre las cuales se encuentra la escala de depresión posparto de Edimburgo (Edinburgh Postnatal Depression Scale, EPDS); es importante tener presente que la EPDS es un método de pesquisa para la depresión posparto, siendo el DSM-IV el método más exacto para el diagnóstico de esta entidad clínica. Según este último, el especificador de inicio en el posparto debe ser realizado a los trastornos que se inicien durante las cuatro semanas posteriores al parto y puede realizarse a episodios depresivos mayor, maniaco o mixto actual (o más reciente) de un trastorno depresivo mayor, trastorno bipolar I o trastorno bipolar II, o a un trastorno psicótico breve **(15)**.

A pesar de que existen en nuestros centros asistenciales áreas destinadas a la atención de madres adolescentes, la depresión postparto es un problema al cual no se le ha dado seguimiento adecuado, motivado a la ausencia de personal calificado en salud mental, lo que aunado al sub-registro de casos de depresión postparto han hecho que a esta entidad no se le de la importancia que realmente posee. Las devastadoras consecuencias familiares de la Depresión Postparto han llamado la atención de los medios sobre casos de algunas mujeres que llegaron a matar a sus hijos mientras estaban deprimidas. Toda esa atención puesta sobre el tema ha logrado que parezca que la prevalencia del problema estuviera en ascenso. No se puede asegurar

que esto así sea, pero sí sabemos que la depresión postparto es un problema sub diagnosticado **(28)**.

Por lo referido creímos que fue muy conveniente detectar la frecuencia de esta patología en nuestras puérperas que acudieron a la consulta en el centro privado de atención de la salud CORPOMEDIC Tarapoto, trabajo que nos permitió identificar a aquellas madres con mayor necesidad de una evaluación diagnóstica más completa y trascender nuestro trabajo a las demás entidades de salud y con más razón hacia los centros de salud y hospitales públicos donde la atención primaria es pobre.

La información que se recolectó será entregada a las autoridades del Nosocomio para que se tomen medidas con respecto a esta problemática y se informe al Servicio de Psicología de dicha institución sanitaria para que continúe el seguimiento y tratamiento de las pacientes en las que se detectó este trastorno depresivo, e intervenga también en la creación de programas destinados a encontrar estos cuadros psiquiátricos en forma precoz según el contexto de cada familia en la que está inserta la puérpera.

El Presente trabajo de investigación tuvo una serie de limitantes, dentro de ellos económicos, bibliográficos, tiempo de dedicación, la condición laboral de los bachilleres puesto que, las horas de trabajo en el sector privado sobrepasan las ocho horas lo que no nos permitió dedicarnos cien por ciento a nuestro trabajo, sin embargo, las teorías sobre las variables de estudio fueron de fácil ubicación, se contó con amplia bibliografía al respecto a nivel internacional más no local en vista que en la localidad no se han registrado estudios similares. Otro factor limitante fue la ubicación de las puérperas para el recojo de información. Sin embargo es menester hacer de conocimiento que contamos con el material tecnológico necesario para la obtención de las teorías en las cuales se sustenta la presente investigación.

El tiempo que se empleó en el desarrollo de esta investigación es de cuatro meses, tomando en cuenta que se trató de un proyecto de investigación de enfoque cuantitativo con la aplicación de un diseño correlacional que fue aplicado a las puérperas que acudieron a su



control en la Clínica Particular CORPOMEDIC Tarapoto, durante el periodo comprendido entre junio y setiembre 2012.

En cuanto a las consideraciones éticas también, se solicitó autorización al Director de dicho nosocomio. Se insistió en el carácter voluntario de la participación, se solicitó consentimiento informado de manera verbal y se aseguró la confidencialidad de los datos.

### **1.5. Formulación del problema**

¿Cuál es la relación que existe entre las características socio demográficas y riesgo de depresión posparto en puérperas que consultan en la Clínica CORPOMEDIC Tarapoto entre junio a setiembre de 2012?

### **1.6. Hipótesis**

Existe una relación significativa entre las características sociodemográficas y riesgo de depresión posparto en puérperas que consultan en la Clínica CORPOMEDIC, Tarapoto. Junio- setiembre 2012.

## **II. OBJETIVOS**

### **2.1. Objetivo general**

Determinar la relación existente entre las características socio demográfico y riesgo de depresión posparto en puérperas que consultan en la Clínica CORPOMEDIC Tarapoto entre junio a setiembre del 2012.

### **2.2. Objetivos específicos**

- Determinar la prevalencia de depresión puerperal en las pacientes puérperas que consultan en la Clínica CORPOMEDIC.
- Describir las características socio demográficas de las puérperas en estudio.

- Identificar la relación que existe entre la depresión posnatal y las características socio demográficas de las puérperas en estudio.

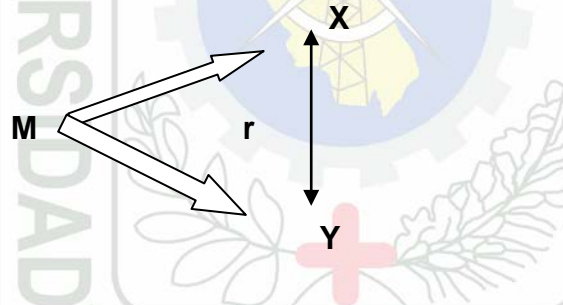
### III. MATERIALES Y METODOS

#### 3.1. Tipo de estudio

Nuestra investigación fue planteada con enfoque cuantitativo, ubicándola dentro del tipo de investigación descriptiva, prospectiva y correlacional y según la recolección de los datos de tipo transversal. Se trabajó con todas las mujeres puérperas pertenecientes al área de responsabilidad de la Clínica CORPOMEDIC.

#### 3.2. Diseño de investigación

La presente investigación empleó el diseño correlacional cuyo esquema fue el siguiente:



Donde:

- M:** Representó la muestra, que estuvo conformada por todas las mujeres puérperas pertenecientes al área de responsabilidad de la Clínica CORPOMEDIC desde la segunda semana de puerperio hasta los seis meses.
- X:** Representó las observaciones que se realizaron a la variable Independiente: características socio demográficas.
- Y:** Representó las observaciones que se realizaron a la variable dependiente: Riesgo de depresión posparto.
- r:** Representó las observaciones que se realizaron buscando la relación entre las variables características sociodemográficas y depresión posparto.

### **3.3. Universo, población y muestra**

#### **Universo**

Estuvo conformada por 150 puérperas esperadas para su atención en la Clínica CORPOMEDIC, según referencia a la población atendida en el año 2011, donde se obtuvieron en el mes de enero 14, febrero 16 marzo 14, abril 16 puérperas atendidas, en el 2012.

#### **La población (N)**

La población estuvo conformada por todas las puérperas desde la segunda semana de puerperio hasta los seis meses, que fueran atendidas en los meses de realización del estudio junio – setiembre del 2012.

#### **La muestra (n)**

La muestra estuvo conformada por las treinta (30) puérperas que cumplieron los criterios de inclusión y consultaron en la clínica CORPOMEDIC durante el tiempo de estudio siendo seleccionada por conveniencia.

### **3.4. Unidad de Análisis**

Fue una puérpera entre las 2 semanas y 6 meses de puerperio atendida en la Clínica CORPOMEDIC.

#### **Criterios de inclusión**

Se consideró los siguientes criterios de inclusión:

- Puérpera entre las 2 semanas y 6 meses de puerperio atendida en la Clínica CORPOMEDIC.
- Edad no menor de 12 años y hasta 45 años.
- Deseo voluntario de participar en la investigación.
- Puérpera atendida en la Clínica CORPOMEDIC entre los meses de junio y setiembre del presente año.
- Puérperas que contestaron todas las preguntas de la EPDS

- Puérperas que no presentaron antecedentes de trastornos psiquiátricos y/o estuvieron bajo tratamiento psicofarmacológico/psicoterapéutico.
- Puérperas alfabetas.

### **Criterios de exclusión**

- Puérpera con un tiempo menor a las 2 semanas y mayor a 6 meses de puerperio.
- Puérpera menor de 11 años y mayor de 45 años.
- Puérperas que no completaron alguna de las preguntas de la Escala de depresión posnatal de Edimburgo (EPDS)
- Puérperas que presentaron antecedentes de trastornos psiquiátricos y/o estuvieron bajo tratamiento psicofarmacológico/psicoterapéutico.
- Puérperas que no desearon participar en la investigación.
- Puérperas cuyos embarazos culminaron en muertes perinatales o con productos malformados.
- Puérperas analfabetas o que presentaron discapacidad visual, debido a las características del instrumento empleado.

### **3.5. Procedimiento**

Para realizar el estudio se siguió el siguiente procedimiento:

- 1.- Se solicitó mediante una carta dirigida al Director de la Clínica CORPOMEDIC del Distrito de Tarapoto; Provincia de San Martín, Departamento de San Martín; autorización para la realización del presente proyecto.
- 2.- Se procedió a elegir en el Consultorio de Obstetricia a las pacientes que participarían en la investigación de acuerdo con los criterios establecidos, las cuales fueron citadas para asistir a una consulta posparto desde de la segunda semana siguiente a la resolución del embarazo.

- 3.- Las mujeres participantes completaron los cuestionarios aisladas en un salón para evitar cualquier influencia del personal sanitario en sus respuestas
- 4.- Se solicitó a las puérperas su consentimiento informado de participación en el estudio
- 5.- El cuestionario fue contestado en forma auto administrada en el Consultorio de Obstetricia del establecimiento de salud o en el domicilio de las puérperas, por entrevista, en un tiempo de treinta minutos.
- 6.- Se procedió a la elaboración de la base de datos para el procesamiento de la información, con programas estadísticos como Excel 2010.
- 7.- Una vez obtenidos los datos, estos fueron introducidos a una base electrónica y analizados utilizando el programa estadístico SPSS versión 10.
- 8.- Se realizó un análisis descriptivo de las variables estudiadas y el de asociación entre las que resultaron de interés mediante Test Exacto y Test Exacto de Fisher. Los datos fueron procesados y analizados mediante el programa Excel 2010 y Arqus QuickStat.
- 9.- Se procedió a la selecciones de las tablas y gráficos según los objetivos, problema e hipótesis de investigación.
- 10.- Se procedió al análisis y discusión de los resultados que mostraron las tablas y gráficos.
- 11.- Se elaboraron las discusiones y recomendaciones sobre el estudio realizado.
- 12.- En cuanto a las consideraciones éticas se pidió autorización al Director de dicho nosocomio. Se insistió en el carácter voluntario de la participación, se solicitó consentimiento informado de manera verbal, se aseguró la confidencialidad de los datos y se les explicó el propósito del trabajo.
- 13.- Las pacientes quienes obtuvieron un tamiz positivo fueron referidas al Servicio de Psicología, donde especialistas en el área de Psiquiatría por medio de una entrevista semi estructurada de acuerdo con el Manual de Diagnóstico.

### **3.6. Métodos de instrumentos de recolección de datos**

Para la recolección de datos se emplearon dos instrumentos: Utilizando el método de la observación simple, se aplicó como instrumento un cuestionario auto administrado o test de preguntas cerradas estandarizadas, la Escala de Depresión Postnatal de Edimburgo (EPDS), por sus siglas en inglés, Anexo que fue previamente solicitada al autor **(30)**; traducida al Español, considerada un instrumento válido y confiable para ser usado como tamiz en la detección de trastornos depresivos. Este instrumento constó de 10 ítems con cuatro opciones de respuesta cada uno. Las opciones tuvieron un puntaje que varió de 0 a 3 puntos, de acuerdo a la severidad de los síntomas, de modo que al final de la prueba, el puntaje varió entre 0 a 30 puntos **(30)**.

Para identificar las características sociodemográficas de las puérperas se utilizó la técnica de la entrevista estructurada, resguardando su privacidad y confidencialidad, aplicando para ello un guion de entrevista de preguntas cerradas, este instrumento fue elaborado por los autores, tomando como referencia las variables que se desearon conocer.

#### **Plan de tabulación y análisis de datos**

Para el procesamiento y análisis de datos, se diseñó una base de datos en Excel 2,010 y SPSS 17, que permitió la elaboración de tablas simples, de doble entrada y gráficos.

Se utilizó la estadística descriptiva como: frecuencia, porcentaje, media aritmética y desviación estándar para el análisis de los datos

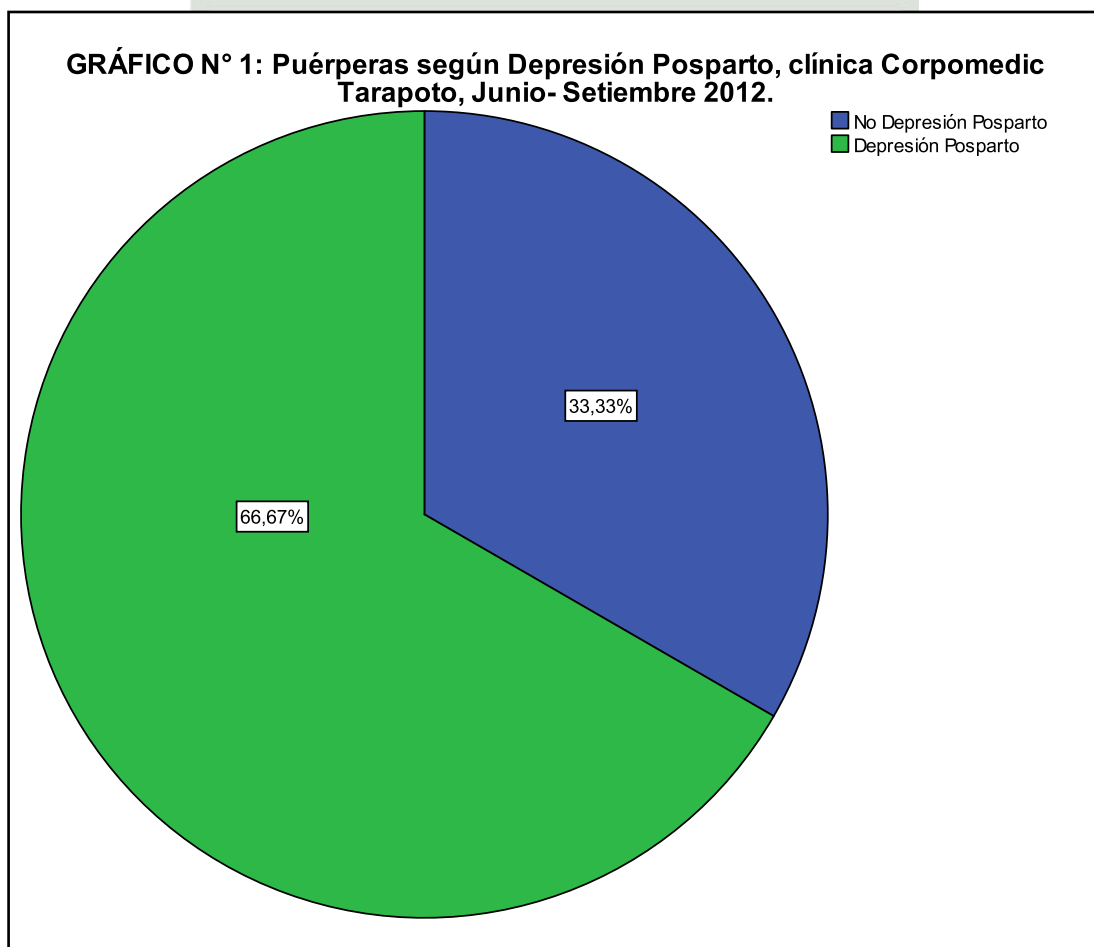
Se realizó un análisis descriptivo de las variables estudiadas y el de asociación entre las que resultaron de interés mediante Test Exacto y Test Exacto de Fisher. Los datos fueron procesados y analizados mediante el programa Microsoft Excel 2010 y Arqus QuickStat.

#### IV. RESULTADOS

4.1. Determinar la prevalencia de depresión puerperal en las pacientes puérperas que consultan en la Clínica CORPOMEDIC.

De acuerdo a la encuesta y cuestionario realizados a las Puérperas de la Clínica CORPOMEDIC, se desprende lo siguiente:

**Gráfico N° 01: Riesgo de Depresión Posparto en puérperas de Clínica CORPOMEDIC Tarapoto, Junio- Setiembre 2012.**

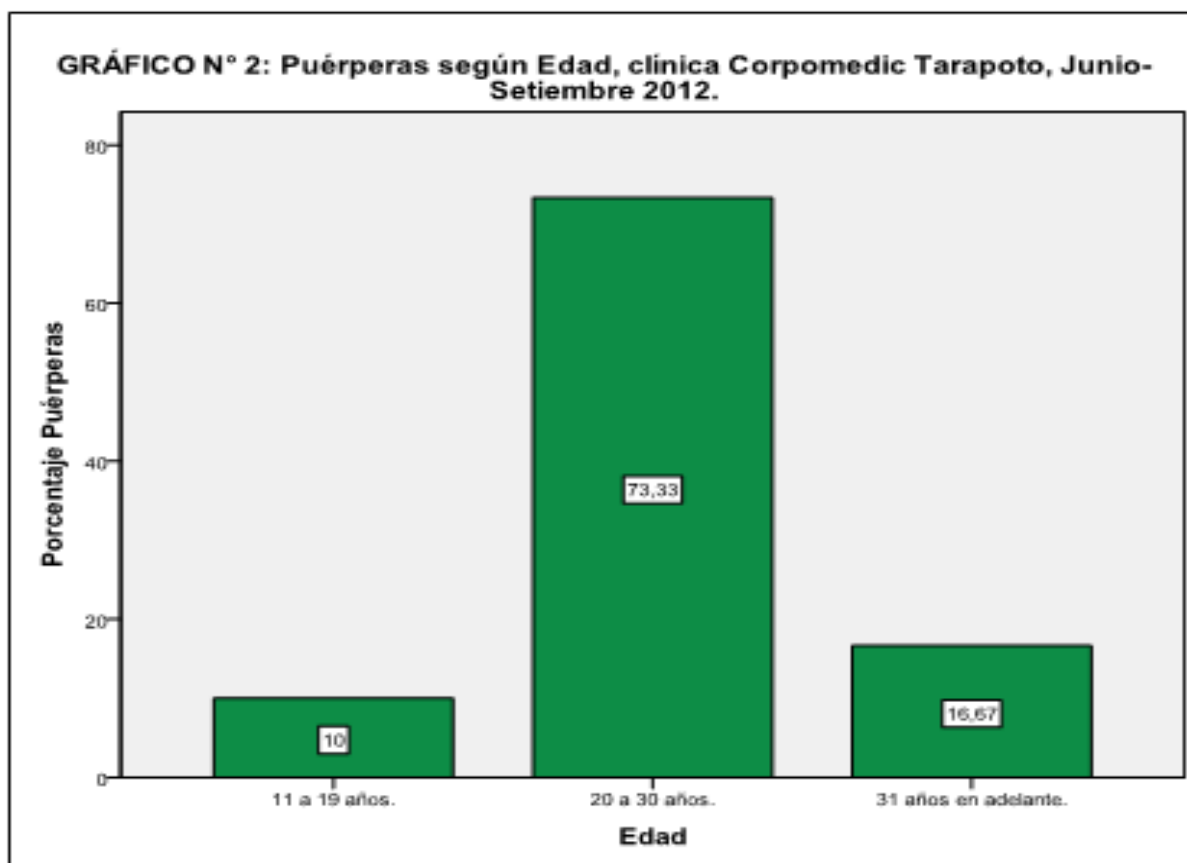


Fuente: Encuesta y cuestionario realizado a las Puérperas de la Clínica CORPOMEDIC.

El Gráfico N° 01 muestra los resultados de las puérperas según riesgo de depresión posparto en la Clínica CORPOMEDIC de Tarapoto; nuestros resultados reportaron un mayor riesgo de depresión posparto (66,7%) en 20 puérperas y 33,3% (10 puérperas) no tuvieron el riesgo de depresión durante el puerperio.

4.2. Describir las características socio demográficas en las pacientes puérperas que consultan en la Clínica CORPOMEDIC.

**Gráfico N° 02: Puérperas según Edad, Clínica CORPOMEDIC Tarapoto, Junio- Setiembre 2012.**

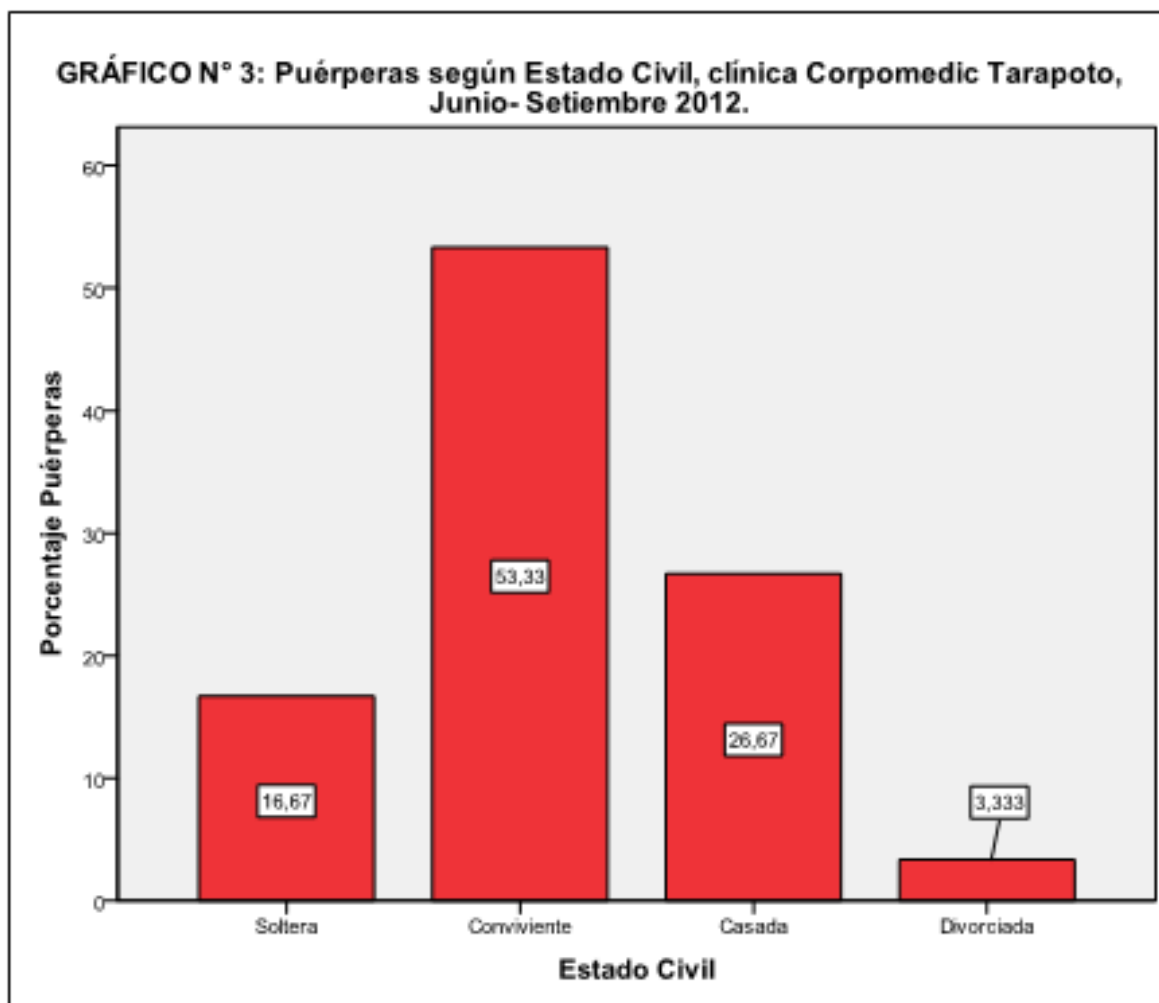


Fuente: Encuesta y cuestionario realizado a las Puérperas de la Clínica CORPOMEDIC.

El Gráfico N° 02 muestra los resultados según edad de las puérperas de la Clínica CORPOMEDIC de Tarapoto. Los resultados a los cuales arribamos reportaron una mayor concentración entre los 20 a 30 años de edad alcanzando 73,3 % (22 puérperas); 16,7 % (05 puérperas) se ubicaron de 31 años en adelante y 10,0% (03 puérperas) entre los 11 a 19 años de edad.



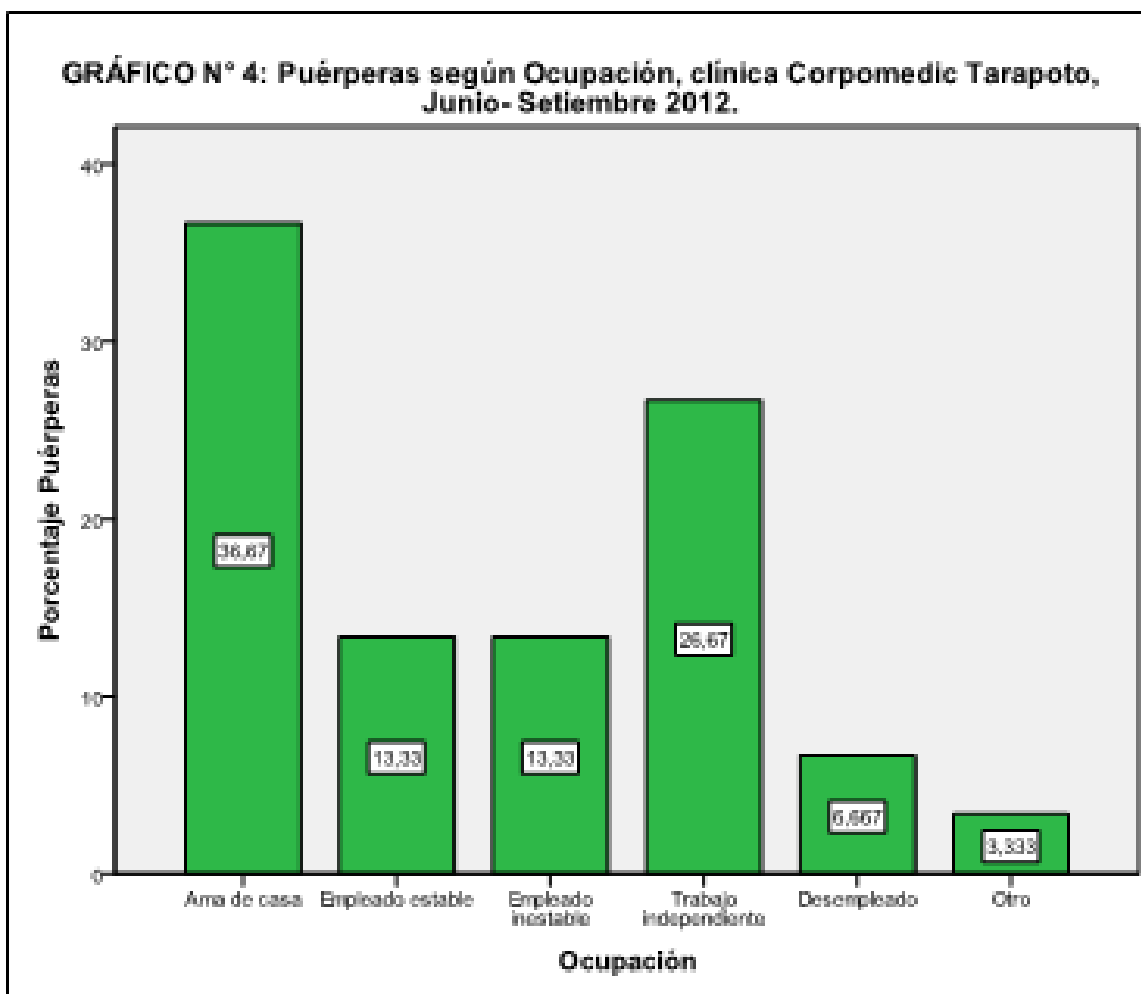
**Gráfico N° 03: Puérperas según Estado Civil, Clínica CORPOMEDIC Tarapoto, Junio- Setiembre 2012.**



Fuente: Encuesta y cuestionario realizado a las Puérperas de la Clínica CORPOMEDIC.

El gráfico N° 03 muestra los resultados según estado civil de las puérperas de la Clínica CORPOMEDIC Tarapoto; los resultados reportaron una mayor concentración en estado civil conviviente alcanzando 53,3 % (16 puérperas), estado civil casada 26,7% (8 puérperas), soltera 16,5% (5 puérperas) y divorciada 3,3% (1 puérpera).

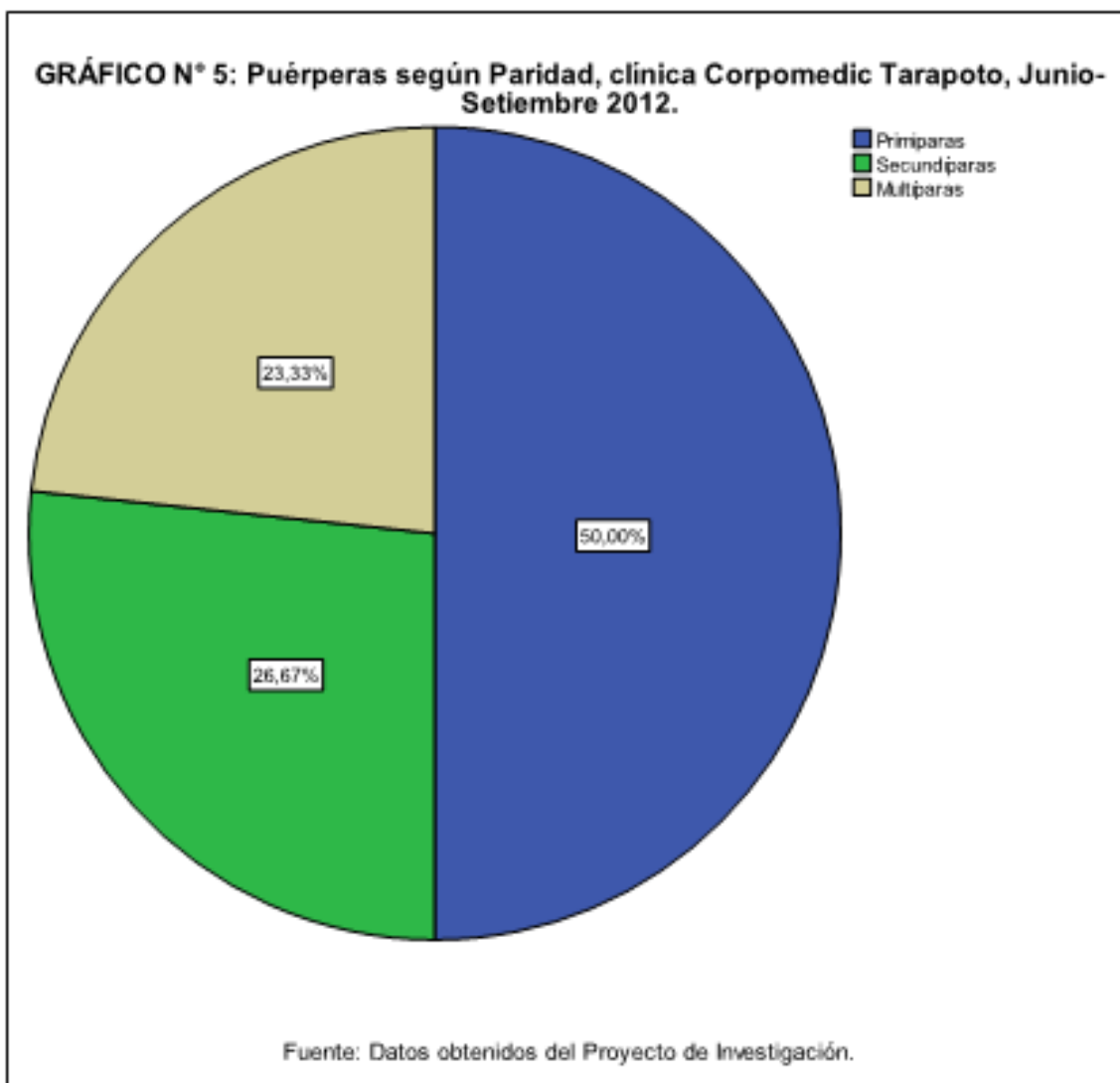
**Gráfico N° 04: Puérperas según Ocupación, clínica CORPOMEDIC Tarapoto, Junio- Setiembre 2012.**



Fuente: Encuesta y cuestionario realizado a las Puérperas de la Clínica CORPOMEDIC.

El gráfico N° 04: muestra los resultados según ocupación de las puérperas de la Clínica CORPOMEDIC Tarapoto. Nuestros resultados reportaron una mayor concentración en ocupación ama de casa alcanzando 36,7% (11 puérperas), trabajo independiente 26,7% (8 puérperas), empleado estable y empleado inestable se ubicó en cada caso en 13,3% (4 puérperas), desempleado 6,7% (2 puérperas) y otro 3,3% (1 puérpera).

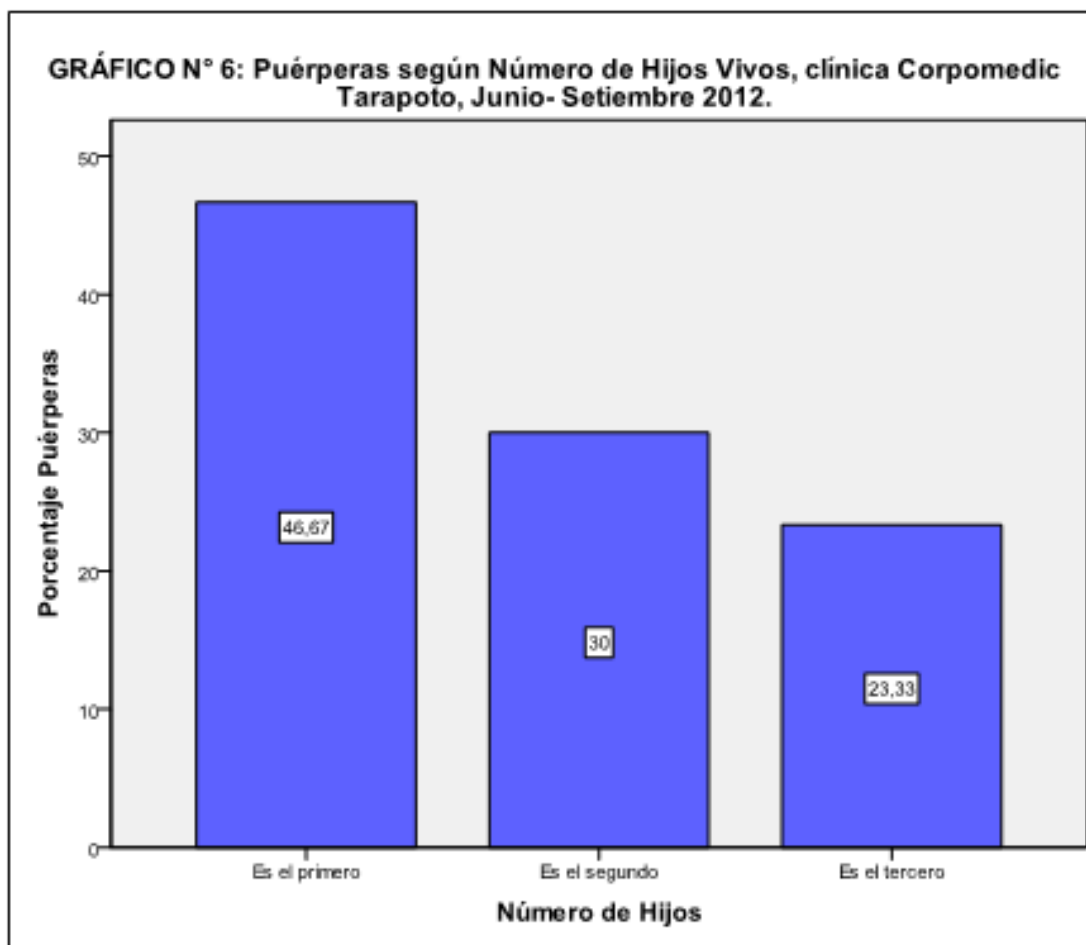
**Gráfico N° 05: Puérperas según Paridad, clínica CORPOMEDIC Tarapoto, Junio- Setiembre 2012.**



Fuente: Encuesta y cuestionario realizado a las Puérperas de la Clínica CORPOMEDIC.

El gráfico N° 05: muestra los resultados según paridad de las puérperas de la Clínica CORPOMEDIC Tarapoto. Nuestros resultados reportaron una mayor concentración en primíparas alcanzando 50,0% (15 puérperas), secundíparas 26,7% (8 puérperas) y múltipara 23,3% (7 puérperas).

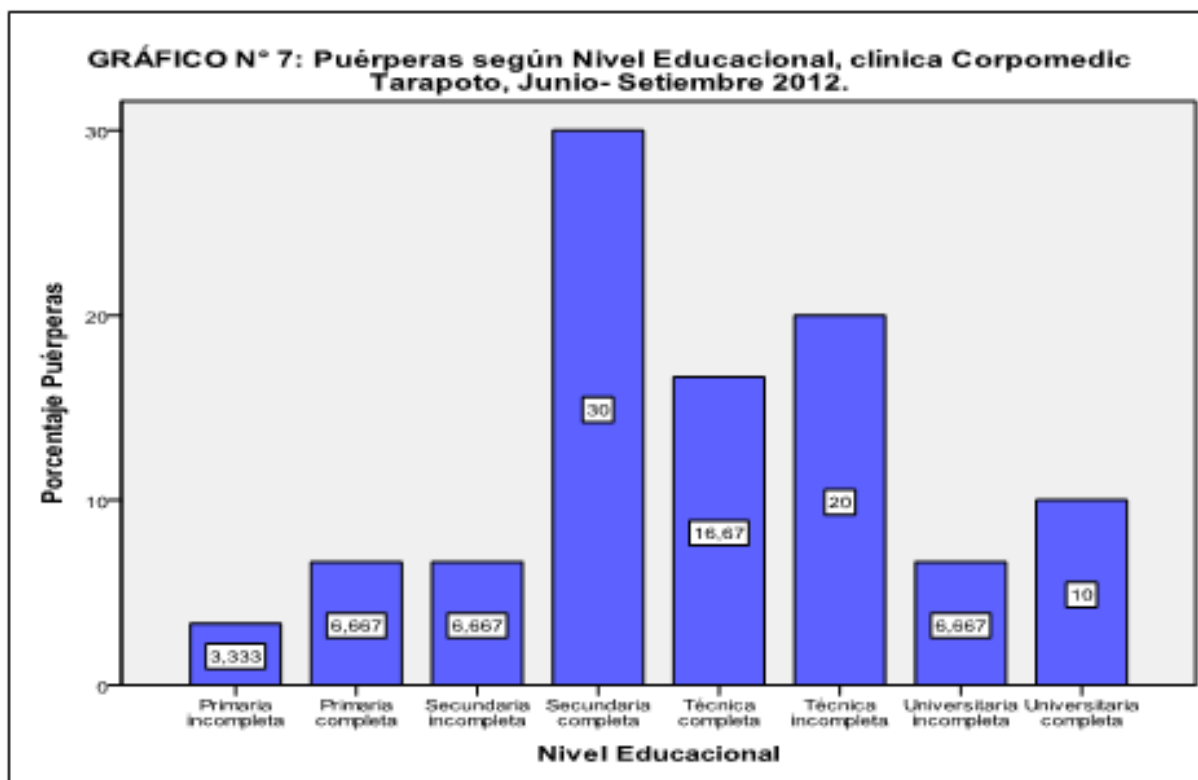
**Gráfico N° 06: Puérperas según Número de Hijos Vivos, clínica CORPOMEDIC Tarapoto, Junio- Setiembre 2012.**



Fuente: Encuesta y cuestionario realizado a las Puérperas de la Clínica CORPOMEDIC.

El gráfico N° 06: muestra los resultados según número de hijos vivos de las puérperas de la Clínica CORPOMEDIC Tarapoto. Los resultados a los cuales arribamos reportaron una mayor concentración en primer hijo vivo (1 hijo) alcanzando 46,7% (14 puérperas), segundo hijo vivo (02 hijos) 30,0% (9 puérperas) y tercer hijo vivo (3 hijos) 23,3% (7 puérperas).

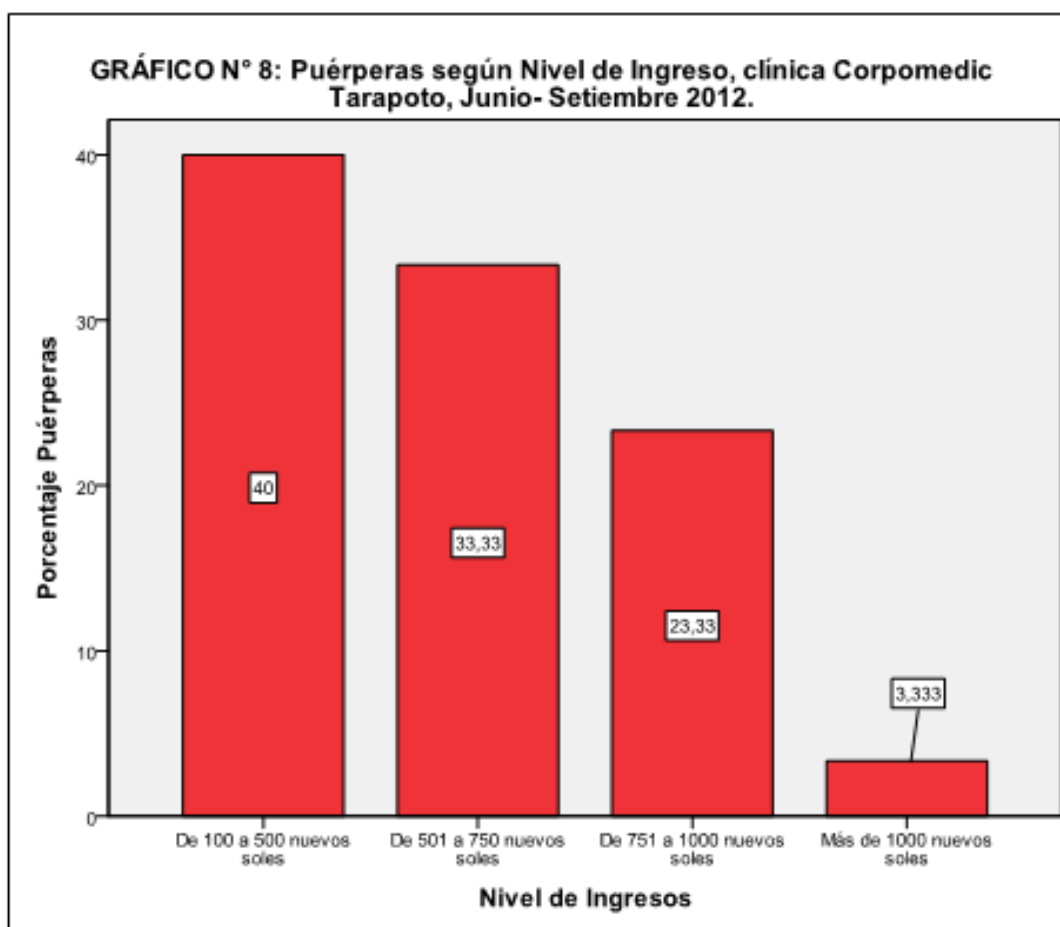
**Gráfico N° 07: Puérperas según Nivel Educativo, clínica CORPOMEDIC Tarapoto, Junio- Setiembre 2012.**



Fuente: Encuesta y cuestionario realizado a las Puérperas de la Clínica CORPOMEDIC.

El gráfico N° 07 muestra los resultados según nivel educativo de las puérperas de la Clínica CORPOMEDIC de Tarapoto. Nuestros resultados reportaron una mayor concentración en secundaria completa alcanzando 30,0 % (9 puérperas); Técnica incompleta 20,0% (6 puérperas), primaria completa, secundaria incompleta y universitaria incompleta se ubicó en cada en 6,7% (2 puérperas), universitaria completa 10,0% (3 puérperas) y primaria incompleta 3,3% (1 puérpera).

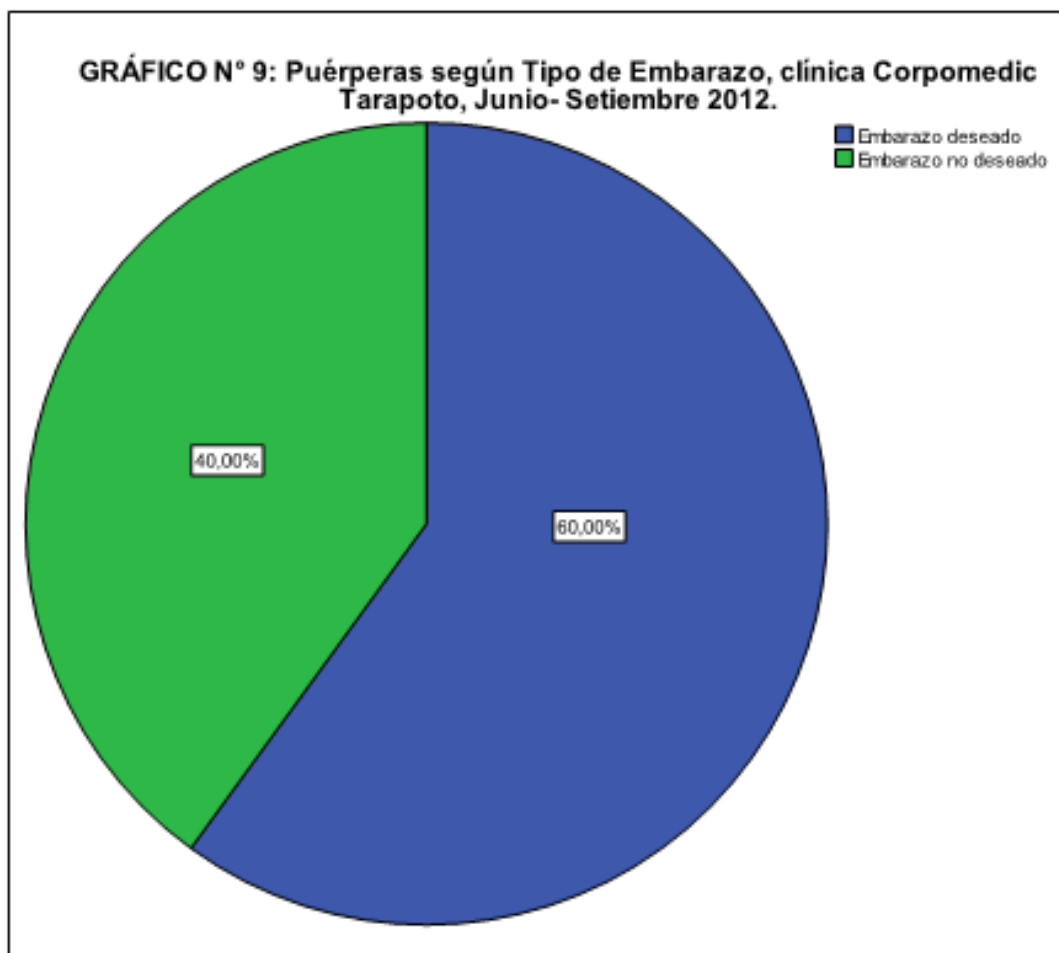
**Gráfico N° 08: Puérperas según Nivel de Ingreso, clínica CORPOMEDIC Tarapoto, Junio- Setiembre 2012.**



Fuente: Encuesta y cuestionario realizado a las Puérperas de la Clínica CORPOMEDIC

El gráfico N° 08: muestra los resultados según nivel de ingreso de las puérperas de la Clínica CORPOMEDIC de Tarapoto. Los resultados a los cuales arribamos reportaron una mayor concentración de nivel de ingreso entre 100 a 500 nuevos soles en 40,0% (12 puérperas), de 501 a 750 nuevos soles en 33,3% (10 puérperas), entre 751 a 1000 nuevos soles en 23,3% (7 puérperas) y más de 1000 nuevos soles en el 3,3% (1 puérpera).

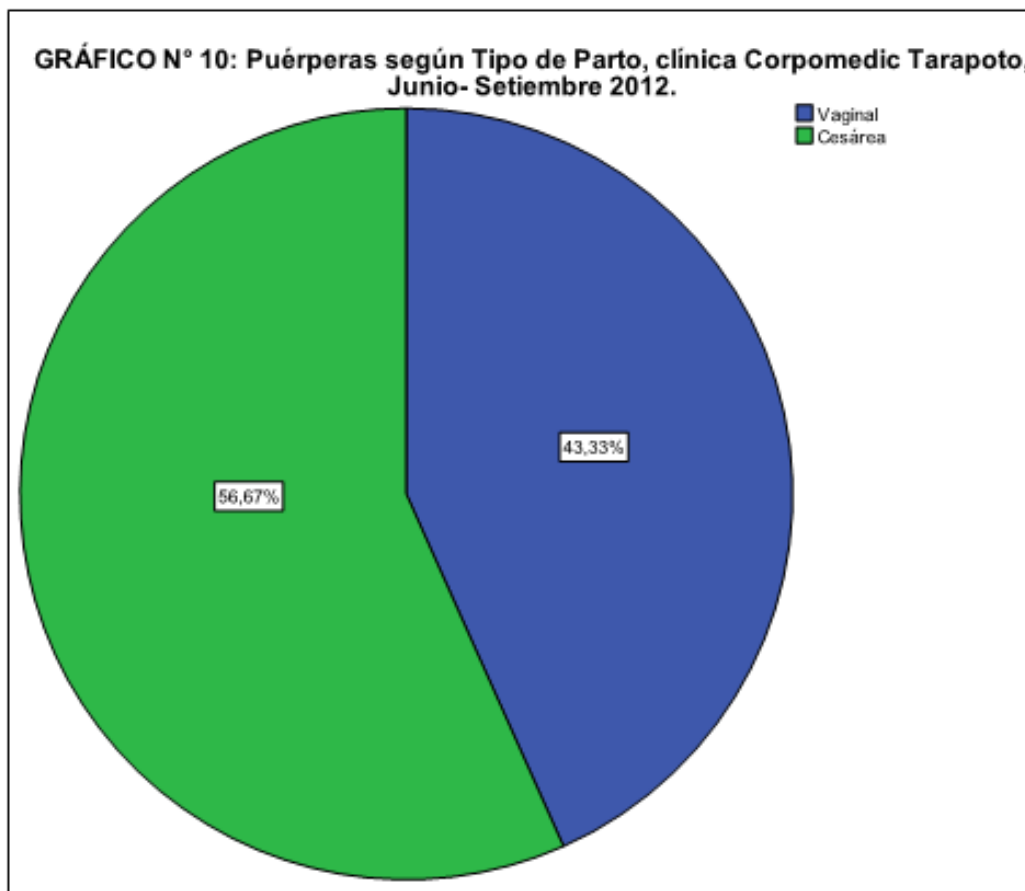
**Gráfico N° 09: Puérperas según Tipo de Embarazo, clínica CORPOMEDIC Tarapoto, Junio- Setiembre 2012.**



Fuente: Encuesta y cuestionario realizado a las Puérperas de la Clínica CORPOMEDIC.

El gráfico N° 09: muestra los resultados según tipo de embarazo de las puérperas de la Clínica CORPOMEDIC de Tarapoto. Las puérperas reportaron una mayor concentración en tipo de embarazo deseado alcanzando el 60,0% (18 puérperas) y embarazo no deseado se ubicó en 40,0% (12 puérperas).

**Gráfico N° 10: Puérperas según Tipo de Parto, clínica CORPOMEDIC Tarapoto, Junio- Setiembre 2012.**



Fuente: Encuesta y cuestionario realizado a las Puérperas de la Clínica CORPOMEDIC.

El gráfico N° 10: muestra los resultados según tipo de parto de las puérperas de la Clínica CORPOMEDIC de Tarapoto. Nuestros resultados reportaron una mayor concentración en tipo de parto por cesárea en el 56,7% (17 puérperas) y tipo de parto vaginal en 43,3% (13 puérperas).



4.3. Identificar la relación que existe entre el riesgo de depresión posparto y las características socio demográficas de las puérperas en estudio.

Gráfico N° 11: Asociación entre **EL RIESGO DE DEPRESIÓN POSPARTO** y las **CARACTERÍSTICAS SOCIO DEMOGRÁFICAS** de las puérperas clínica CORPOMEDIC Tarapoto, Junio- Setiembre 2012.

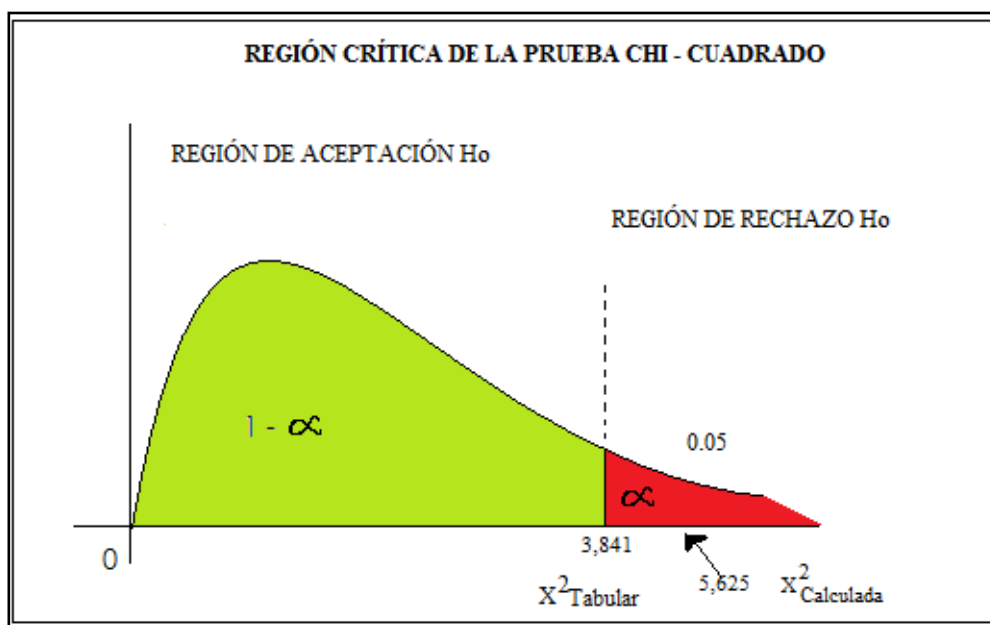
ASOCIACIÓN	$\chi^2_c$	g.l.	$\chi^2_T$	Significancia $p < 0.05$
Depresión Posparto y Edad	1,691	2	5,991	No
Depresión Posparto y Estado Civil	4,125	3	7,815	No
Depresión Posparto y Ocupación	6,682	5	11,070	No
Depresión Posparto y Paridad	2,593	2	5,991	No
Depresión Posparto y Número de Hijos Vivos	3,393	2	5,991	No
Depresión Posparto y Nivel Educativo	6,350	7	14,067	No
Depresión Posparto y Nivel de Ingreso	2,711	2	5,991	No

Fuente: Encuesta y cuestionario realizado a las Puérperas de la Clínica CORPOMEDIC.

El cuadro muestra los resultados de la relación entre la depresión posparto y las características socio demográficas en las puérperas de la Clínica CORPOMEDIC de Tarapoto. Nuestros resultados nos muestran, que  $\chi^2_c < \chi^2_T$ ), por lo tanto concluimos que no existe una asociación significativa entre **Depresión Posparto** y las Características Socio demográficas: **Edad, Estado Civil, Ocupación, Paridad, Número de Hijos Vivos, Nivel Educativo y Nivel de Ingreso**, en las puérperas de la clínica CORPOMEDIC Tarapoto, Junio- Setiembre 2012.

Gráfico N° 11: Asociación entre **EL RIESGO DE DEPRESIÓN POSPARTO** y el **TIPO DE EMBARAZO**, en púérperas de la clínica CORPOMEDIC Tarapoto, Junio- Setiembre 2012.

Gráfico N° 11: Región crítica de la prueba Chi-cuadrado.

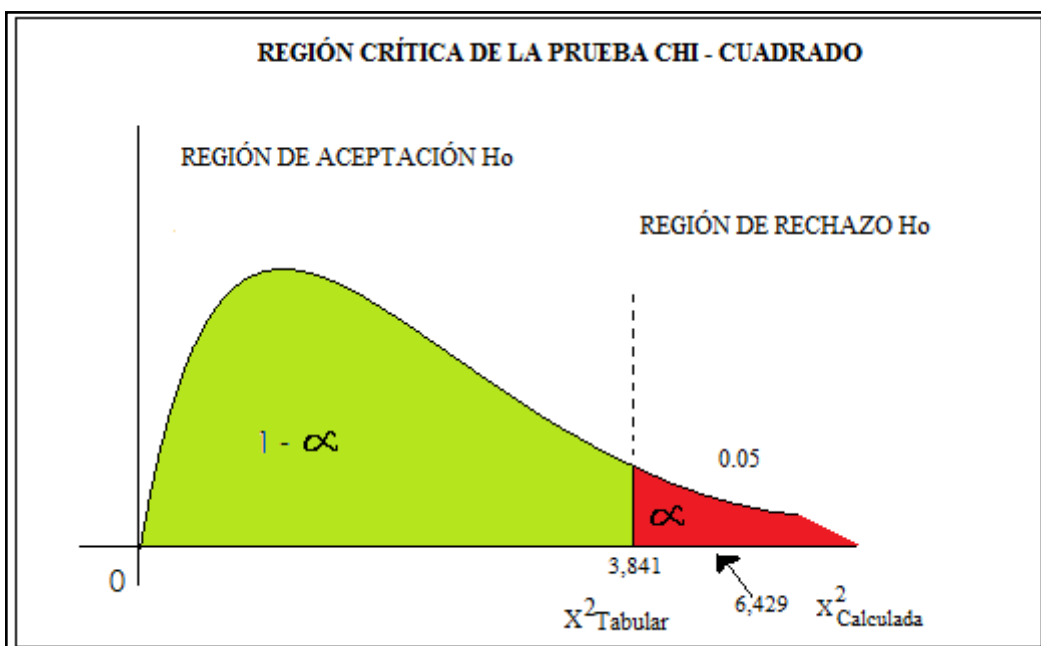


Fuente: Encuesta y cuestionario realizado a las Púérperas de la Clínica CORPOMEDIC.

El gráfico N° 11 muestra los resultados de la relación entre la depresión posparto y el tipo de embarazo en las púérperas de la Clínica CORPOMEDIC de Tarapoto. Nuestro resultado nos muestra, que  $X^2_C (5,625) > X^2_T (3,841)$ , por lo tanto concluimos que si existe una asociación significativa entre Riesgo Depresión Posparto y el Tipo de Embarazo, en púérperas de la clínica CORPOMEDIC Tarapoto, Junio- Setiembre 2012.

Gráfico N° 12: Asociación entre **EL RIESGO DE DEPRESIÓN POSPARTO** y el **TIPO DE PARTO**, en púerperas de la clínica CORPOMEDIC Tarapoto, Junio-Setiembre 2012.

Gráfico N° 12: Región crítica de la prueba Chi-cuadrado.



Fuente: Encuesta y cuestionario realizado a las Púerperas de la Clínica CORPOMEDIC.

El gráfico N° 12 muestra los resultados de la relación entre la depresión posparto y el tipo de parto en las púerperas de la Clínica CORPOMEDIC de Tarapoto. Nuestro resultado nos muestra, que  $X^2_C (6,429) > X^2_T (3,841)$ , por lo tanto concluimos que si existe una asociación significativa entre Depresión Posparto y el Tipo de Parto, en púerperas de la clínica CORPOMEDIC Tarapoto, Junio-Setiembre 2012.

## V. DISCUSIÓN

El puerperio es el período posterior al parto que comienza después de la expulsión de la placenta y se extiende más allá de las seis semanas. Durante el mismo se producen transformaciones progresivas de orden anatómico y funcional, además de un estado de labilidad emocional que debe ser considerado por los profesionales de la salud cuando la mujer asiste a los futuros controles pediátricos o ginecológicos, pues el descuido de esta condición predispone a la puérpera a desórdenes de naturaleza psíquica que deben detectarse precozmente**(1)**. Durante el embarazo y el puerperio se suceden una serie de cambios bioquímicos, psicológicos y sociales que ocasionan una mayor vulnerabilidad para la aparición de trastornos en la esfera psíquica de la mujer. La depresión posparto es entendida como la presencia de todo trastorno depresivo, sin síntomas psicóticos, que se manifiesta durante el primer año posparto. El cuadro clínico de la depresión posparto es similar al de los episodios depresivos observados en otras etapas de la vida, sin embargo. La depresión posparto posee características peculiares que justifican su consideración como entidad específica **(15)**. La Depresión Posparto (DPP) que se da entre el 10-15% de las puérperas, mantiene los mismos criterios diagnósticos de depresión mayor. Es un cuadro que puede iniciarse en la 3ª a 4ª semana postparto hasta un año después, encontrándose un peak de presentación en las semanas 8 a 12 post parto. Requiere tratamiento y puede cursar con síntomas severos en una de cada 10 puérperas **(10)**.

Lo manifestado por estos autores es la razón por la cual se percibió la necesidad de tratar este tema, no sólo por lo reflejado en la literatura sino por lo que se puede percibir si se enfoca la mirada en este período tan trascendente que atraviesa la mujer. Es por ello, que se realizó un estudio cuantitativo, descriptivo correlacional, de corte transversal a 30 mujeres que cursaban el posparto y que realizaron consultas en el área de responsabilidad de la Clínica CORPOMEDIC de Tarapoto, desde la segunda semana de puerperio hasta los seis meses.

En cuanto al primer objetivo, determinar la prevalencia de depresión puerperal en las pacientes puérperas que consultan en la Clínica CORPOMEDIC; se encontró (Cuadro N° 1) que, un mayor riesgo de depresión posparto en 66,7% de las puérperas, cifra que es mayor a la encontrada en un trabajo realizado en una población similar en mujeres atendidas en hospitales públicos de Durango, México donde se encontró que la prevalencia general de depresión posnatal fue de 32.6 % **(27)** y a la encontrada por Tejada en el Hospital Hipólito Unánue el año 2009 en la ciudad de Tacna- Perú, quien, usando la escala de Edimburgo en madres adolescentes del Hospital Hipólito Unánue concluyó que: la incidencia de DPP usando la EPDS en madres adolescentes fue 51,1%.**(28)**.

Sin embargo resulta difícil determinar la prevalencia real de la DPP, porque los estudios difieren extremadamente en lo que se refiere a metodología empleada y a las poblaciones analizadas, pero puede aceptarse que la frecuencia mundial de esta enfermedad fluctúa entre un 10 a 20% de las puérperas según algunos autores **(15)** o de 10 a 15% según otros; con un rango entre 30 a 200 casos por cada 1000 nacimientos y con una estimación de una tasa de recurrencia entre 10 y 35% **(20)**.

En cuanto al segundo objetivo describir las características socio demográficas de las pacientes puérperas encontramos (Cuadros N°2 del 2 al 8) que la población bajo estudio estaba constituida por una alta concentración de jóvenes entre los 20 a 30 años de edad alcanzando 73,3 %. Un 80% estaban acompañadas por su pareja, ya sea por unión estable o por encontrarse casadas. El 36,7% de ellas fueron amas de casa y se ha encontrado una mayor frecuencia de primíparas (50,0%) en relación a la paridad el 46,7% refirió tener un solo hijo. En cuanto al nivel educacional, un 30,0% de las mujeres puérperas encuestadas poseían estudios de secundaria completa y el 40,0% tuvo ingresos entre 100 a 500 nuevos soles debido a que se trató de mujeres convivientes o casadas acompañadas de su pareja. Sólo una puérpera refirió tener un ingreso mayor a 1000 nuevos soles. Un 60,0% de las madres estudiadas ha manifestado que su último embarazo fue deseado, es decir, planeado por la pareja. Y creímos conveniente agregar tipo de parto de las puérperas que en el 56,7% refirieron parto por cesárea.

Se ha encontrado que las más afectadas fueron adolescentes y jóvenes. Sin embargo ésta no se encontró asociada a la depresión posparto. Nuestros resultados son similares a los encontrados en la investigación mexicana titulada “Prevalencia de depresión posnatal en mujeres atendidas en hospitales públicos de Durango” en la cual se reporta que el estado civil, no mostró diferencia estadísticamente significativa en relación a la depresión (27) y similares a los resultados arribados por Lara, en el año 2006, en la ciudad de Mexico, quien reporta que, existen medias más altas en la Escala de Depresión del Centro de Estudios Epidemiológicos de los Estados Unidos (CES-D) en quienes tenían menor escolaridad, eran solteras o divorciadas, pasaban por su primer embarazo, estaban en el primer trimestre de gestación y el embarazo no fue planeado. Sin embargo, las diferencias sólo fueron significativas para embarazo no planeado. (8). Sin embargo se tienen resultados que difieren con los nuestros como el realizado por Tejada en el Hospital Hipólito Unánue el año 2009 en la ciudad de Tacna- Perú, titulada “Factores Psicosociales Asociados y Detección de Depresión Posparto Usando la Escala de Edimburgo en Madres Adolescentes”; quien reporta que los factores psicosociales que tuvieron asociación a DPP fueron estado civil, grado de instrucción y el entorno de convivencia familiar de la madre (28).

Estos resultados nos condujeron a cumplir con el tercer objetivo: Identificar la relación que existe entre el riesgo de depresión posparto y las características socio demográficas de las puérperas en estudio; nuestros resultados mostraron que  $X^2_C < X^2_T$ , por lo tanto concluimos que no existe una asociación significativa entre **Riesgo de Depresión Posparto** y las Características Socio demográficas: **Edad, Estado Civil, Ocupación, Paridad, Número de Hijos Vivos, Nivel Educativo y Nivel de Ingreso**. Resultados similares a lo reportado por un trabajo realizado por Quelopana, A. en el año 2010, en la ciudad de Arica –chile; titulado: Validación del Cuestionario “Postpartum Depression Screening Scale” quien refiere que los resultados demostraron que el 46,4% de las mujeres presentaron síntomas significativos de DPP (18).

Por otro lado la relación entre el riesgo de depresión posparto y el tipo de embarazo (Cuadro N°12) mostró que  $X^2_C (5,625) > X^2_T (3,841)$ , por lo tanto

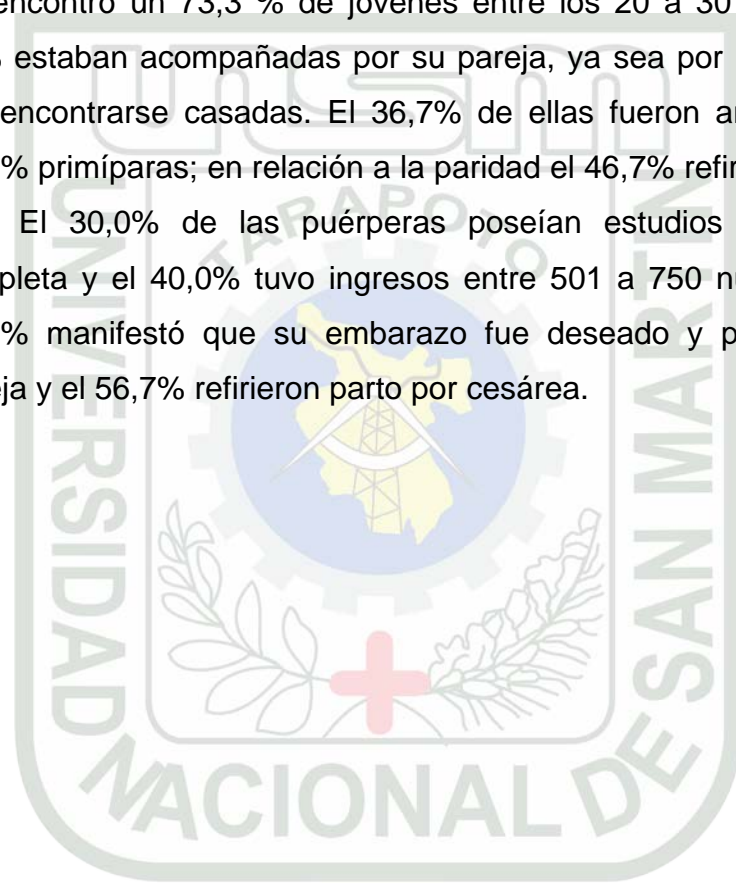
concluimos que existe una asociación significativa entre **Riesgo de Depresión Posparto** y el **Tipo de Embarazo**; la relación entre el riesgo de depresión posparto y el tipo de parto (Cuadro N°13) mostro que,  $X^2_c (6,429) > X^2_T (3,841)$ , por lo que concluimos también que existe una asociación significativa entre **Riesgo de Depresión Posparto** y el **Tipo de Parto** en púérperas de la clínica CORPOMEDIC Tarapoto, Junio- Setiembre 2012.

Teniendo en cuenta que las mujeres que integraron el estudio y que se controlaron en un servicio de atención privada no cuentan con un trabajo remunerado, poseen estudios básicos, carecen de un adecuado apoyo social, tienen embarazos no planificados a pesar de la insistencia en educación sexual y procreación responsable por parte del personal sanitario, a lo que se agrega que muchas de ellas no tienen una pareja estable, son características que han sido señaladas por la bibliografía como factores de riesgo de Depresión Posparto, aunque en el presente trabajo no se haya encontrado evidencia suficiente de asociación significativa tal vez por imaginario colectivo o popular que ubica los estados depresivos en una postura de normalidad o aceptación frente a esa realidad que les toca vivir.

El cuadro depresivo en las pacientes estudiadas se caracterizó además de la disminución del estado de ánimo, por una alta frecuencia de alteraciones somáticas en la cual se destaca el síntoma fatiga o falta de energía (según manifestaron espontáneamente algunas pacientes durante la realización de la encuesta). Este es un dato muy importante a tener en cuenta dada la alta demanda a la que la madre está sometida durante el posparto por parte del recién nacido, particularmente en los casos en que no cuenta con ayuda para su cuidado.

## VI. CONCLUSIONES

- No existe una asociación significativa entre el riesgo de Depresión Posparto y las Características Socio demográficas: Edad, Estado Civil, Ocupación, Paridad, Número de Hijos Vivos, Nivel Educativo y Nivel de Ingreso, en las púerperas.
- Los resultados reportaron un mayor riesgo de depresión posparto en el 66,7% de las púerperas y 33,3%) no presentaron riesgo de depresión.
- Se encontró un 73,3 % de jóvenes entre los 20 a 30 años de edad. 80% estaban acompañadas por su pareja, ya sea por unión estable o por encontrarse casadas. El 36,7% de ellas fueron amas de casa y 50,0% primíparas; en relación a la paridad el 46,7% refirió tener un solo hijo. El 30,0% de las púerperas poseían estudios de secundaria completa y el 40,0% tuvo ingresos entre 501 a 750 nuevos soles. El 60,0% manifestó que su embarazo fue deseado y planeado por la pareja y el 56,7% refirieron parto por cesárea.





## VII. RECOMENDACIONES

- Debido al alto riesgo de depresión encontrado en las púerperas es necesario la pesquisa precoz de la depresión posparto en el establecimiento de estudio y en los centros de salud de la región para lo cual, debemos elevar el nivel de conocimiento sobre esta enfermedad, otorgar mayor responsabilidad al personal de salud para que aprenda a sospechar, diagnosticar y derivar adecuadamente a las madres al consultorio de Psicología para establecer el diagnóstico definitivo.
- Implementar un Programa de Detección del Trastorno Depresivo en los Consultorios de Psicología de los establecimientos de Salud de la Región San Martín, para evitar sus consecuencias, alentando la pesquisa temprana por su vulnerabilidad biológica y riesgo psicosocial en la mujer.
- Realizar sesiones educativas en las púerperas para informar sobre este cuadro riesgo depresión, aprovechando el control prenatal de las gestantes y también como una manera de abordaje integral de la paciente en el cuidado de su salud, poniendo énfasis en la promoción de la misma, realizando un trabajo interdisciplinario con los agentes de la comunidad y otros profesionales de la salud para el control exhaustivo de las madres de riesgo.
- Identificar a aquellas madres con mayor necesidad de una evaluación diagnóstica más completa y trascender nuestro trabajo a las demás entidades de salud y con más razón hacia los centros de salud y clínicas donde la atención primaria es pobre
- Se recomienda a los investigadores en el interés oportuno de realizar una investigación a profundidad sobre riesgo de depresión posparto y su relación con el tipo de parto y tipo de embarazo ya que tienen una base encontrada en nuestra investigación.

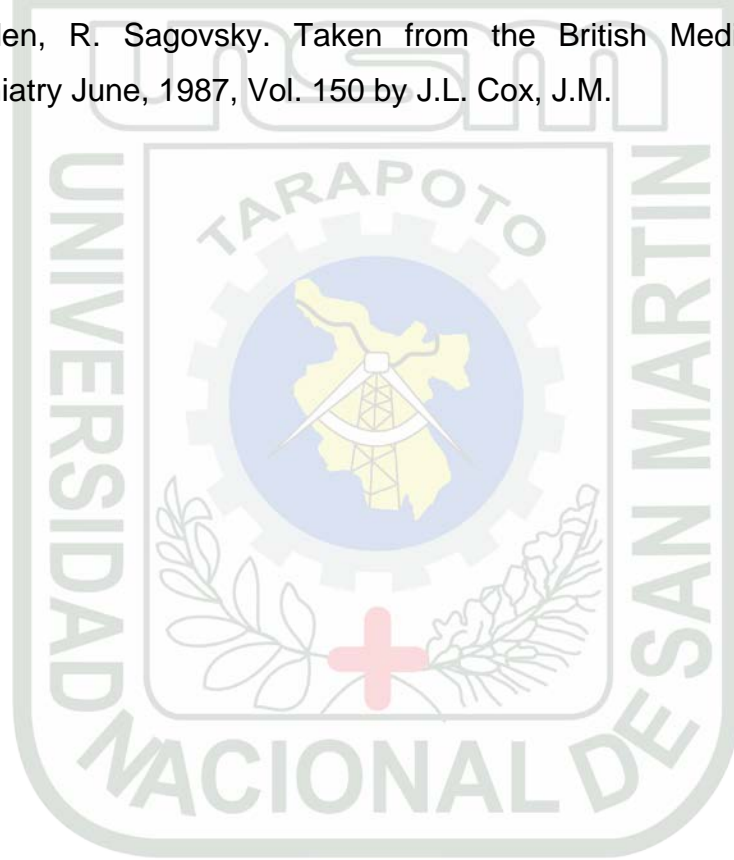
## VIII. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Schwarcz R. (2005). Puerperio patológico En: Obstetricia. Ed. El Ateneo 6ª Edición; Argentina. (12) 658 - 659.
2. Gadow E. (2004). El parto patológico. En: Obstetricia en Esquemas. Ed. El ateneo 1ª Edición; Argentina. (6) 438 – 442. 2004.
3. Poo A. (2008). Prevalencia y factores de riesgo asociados a la depresión posparto en puérperas de un Centro de Atención Primaria en el sur de Chile. En: Revista Médica Chile. 136(1):44-52.
4. Ruth, M. (2011). Depresión posparto y características socio demográficas en mujeres que consultan en el hospital san José de Medinas. Hospital Nicolás Avellaneda – Catamarca 2000. San Miguel de Tucumán.
5. Ortega L. (2004). Prevalencia de Depresión a través de la EDPS, en muestras de mujeres mejicanas embarazadas. Perinatol Reprod Hum 15: 11-20.
6. Toro M “Psiquiatría”, 3ª Ed; Argentina. 131 – 150.
7. Jaime O. (2006). Depresión Postparto con Relación a la Edad, Cantidad de Hijos y Estado Civil- Trabajo Científico Original- Acta Cient Estudiantil; 4(3): 137.
8. Lara M. (2006). Síntomas depresivos en el embarazo y factores asociados, en pacientes de tres instituciones de salud de la ciudad de México, Salud Mental; 29(4):55.Disponible: <http://redalyc.uaemex.mx/redalyc/html/582/58242908/58242908.html>
9. Rojas G. (2010). Caracterización de madres deprimidas en el posparto. Artículo de Investigación Rev Med Chile 138 (5): 536 – 542. Disponible: [http://www.scielo.cl/scielo.php?pid=S003498872010000500002&script=sci\\_arttext&tlng=en](http://www.scielo.cl/scielo.php?pid=S003498872010000500002&script=sci_arttext&tlng=en).
- 10.- Barra F., Barra L., Solis G. (2009). Depresión Posparto Hacia un Tratamiento Integral. *Actualizaciones en Psicoterapia Integrativa* Vol. I, 77 – 88. Publicado On line en Instituto Chileno de Psicoterapia Integrativa ([www.icpsi.cl](http://www.icpsi.cl)).
- 11.- Bright. (1994). Am Fam Physician. 50, pp. 595.
- 12.- Suri and Burt. J. (1997). Pract Psychiatry Behav Health, 3, pp. 67.

- 13.- Nonacs & Cohen (1998). J Clin Psychiatry, 59. Suppl 2 pp 34-40.
- 14.- Vargas JE; García M. Depresión post-parto: presencia y manejo psicológico. Centro Regional de Investigación en Psicología. 2009;3(1):11-8.
- 15.- Urdaneta M José, Rivera S Ana, García I José, Guerra V Mery, Baabel Z Nasser, Contreras B Alfi. Prevalencia de Depresión Posparto en Primigestas y Multíparas Valoradas por la Escala de Edimburgo. Rev. Chil. Obstet. Ginecol. [Revista en la Internet]. 2010 [citado 2012 Mayo 29]; 75(5): 312-320. Disponible en: [http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0717-75262010000500007&lng=es](http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-75262010000500007&lng=es). doi: 10.4067/S0717-75262010000500007.
- 16.- Pérez R, Sáez K, Alarcón L, Avilés V, Braganza I, Coleman J. Variables posiblemente asociadas a depresión posparto, según escala Edimburgo. Rev Obstet Ginecol Venez 2007;67(3):187-91.
- 17.- Lamas, M. Manuel; Pita Fernández, Salvador. Metodología de la Investigación; Principios éticos para las investigaciones médicas en seres humanos (Declaración de Helsinki de la Asociación Médica Mundial) Unidad de Epidemiología Clínica y Bioestadística. Complejo Hospitalario Juan Canalejo. A Coruña España, 2003, 5: 99-103.
- 18.- Quelopana Ana María, Champion Jane Dimmitt. VALIDACIÓN DEL CUESTIONARIO "POSTPARTUM DEPRESSION SCREENING SCALE" VERSIÓN EN ESPAÑOL EN MUJERES DE ARICA, CHILE: VALIDATION OF THE "POSTPARTUM DEPRESSION SCREENING SCALE" SPANISH VERSION IN WOMEN FROM ARICA, CHILE. Cienc. enferm. [revista en la Internet]. 2010 [citado 2012 Mayo 29]; 16(1): 37-47. Disponible en: [http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0717-95532010000100005&lng=es](http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-95532010000100005&lng=es). doi: 10.4067/S0717-95532010000100005.

- 19.- World Health Organization. Maternal mental health and child health and development in low and middle income countries: report of the meeting held in Geneva, Switzerland, 30 January - 1 February, 2008. Geneva: WHO Press; 2008.
- 20.- Vargas JE, García M. Depresión post-parto: presencia y manejo psicológico. Centro Regional de Investigación en Psicología 2009;3(1):11-8.
- 21.- Rojas G; Fritsch R; Solís J; González M; Guajardo V; Araya R. Calidad de vida de mujeres deprimidas en el posparto. Rev Méd Chile 2006; 134 (6): 713-720
- 22.- Campo A, Ayola C, Peinado HM, Amor M, Cogollo Z. Escala de Edinburg para depresión postparto: consistencia interna y estructura factorial en mujeres embarazadas de Cartagena, Colombia. Rev Colomb Obstet Ginecol 2007; 58(4):277-83.
- 23.- Perez R, Saez K, Alarcon L, Aviles V, Braganza I, Coleman J. Variables posiblemente asociadas a depresión postparto, según escala Edimburgo. Rev Obstet Ginecol Venez 2007; 67(3):187-91.
- 24.- Latorre JF, Contreras LM, García S, Medina JA. La Depresión postparto en madres adolescentes de Bucaramanga, Colombia. Rev Colomb Obstet Ginecol 2006; 57(3):156-62.
- 25.- Urdaneta JR, Rivera AT, García J, Guerra M, Baabel NS, Contreras AJ. Prevalencia de depresión postparto en primigestas y multíparas valoradas por la Escala de Edimburgo. Rev Chil Obstet Ginecol 2010; 75(5):312-20.
- 26.- Rojas G, Fritsch R, Guajardo V, Rojas F, Barroilhet S, Jadresic E. Caracterización de madres deprimidas en el posparto. Rev Med Chile 2010; 138(5):536-42.
- 27.- Alvarado C, Cifuentes A, Estrada S, Salas C, Hernández AB, Ortiz SG, et al. Prevalencia de depresión posnatal en mujeres atendidas en hospitales públicos de Durango, México. Gac Méd Méx 2010; 146(1):1-9.

- 28.- Tejada J. "Factores psicosociales asociados y detección de depresión postparto usando la Escala de Edimburgo en madres adolescentes con parto atendido en el Hospital Hipólito Unánue – Tacna".Tesis. Universidad Privada de Tacna. Facultad de Ciencias de la Salud.Escuela Profesional de Medicina Humana.2009.
- 29.- Latorre-Latorre, José Fidel, Contreras-Pezzotti, Leddy Marina, García-Rueda,Susana et al. Postpartum depression in adolescent women from Bucaramanga,Colombia. Revista Colombiana de Obstetricia y Ginecología , Vol.57, no.3, año2006, Pág.147-155. ISSN 0034-7434.
30. Holden, R. Sagovsky. Taken from the British Medical Journal of sychiatry June, 1987, Vol. 150 by J.L. Cox, J.M.



## IX. ANEXOS

### 9.1. Cuestionario Sobre Depresión Postnatal Edimburgo EPDS

Buenos días, somos Bachilleres en Enfermería, egresados de la Universidad Nacional de San Martín de Tarapoto, estamos realizando el trabajo de investigación titulado: **“Características sociodemograficas y depresion posparto en puérperas que consultan en la Clínica CORPOMEDIC. Distrito Tarapoto. junio- setiembre 20012”**

Queremos saber cómo se siente si ha tenido un bebé recientemente. Por favor marque la respuesta que más se acerque a cómo se ha sentido en los últimos 7 días, no solamente cómo se sienta hoy.

Esto significaría: Me he sentido feliz la mayor parte del tiempo durante la pasada semana. Por favor complete las otras preguntas de la misma manera.

1. He sido capaz de reír y ver el lado bueno de las cosas

6. Las cosas me oprimen o agobian

Tanto como siempre

Sí, la mayor parte de las veces

No tanto ahora

Sí, a veces

Mucho menos

No, casi nunca.

No, no he podido

No, nada

2. He mirado el futuro con placer

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

Tanto como siempre

Sí, la mayoría de las veces

Algo menos de lo que solía hacer

Sí, a veces

Definitivamente menos

No muy a menudo

No, nada

No, nada

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

- Sí, la mayoría de las veces
- Sí, algunas veces
- No muy a menudo
- No, nunca

8. Me he sentido triste y

- Sí, casi siempre
- Sí, bastante a menudo
- No muy a menudo
- No, nada.

4. He estado ansiosa y preocupada sin Motivo.

- No, para nada
- Casi nada
- Sí, a veces
- Sí, a menudo

9. He sido tan infeliz que he estado llorando.

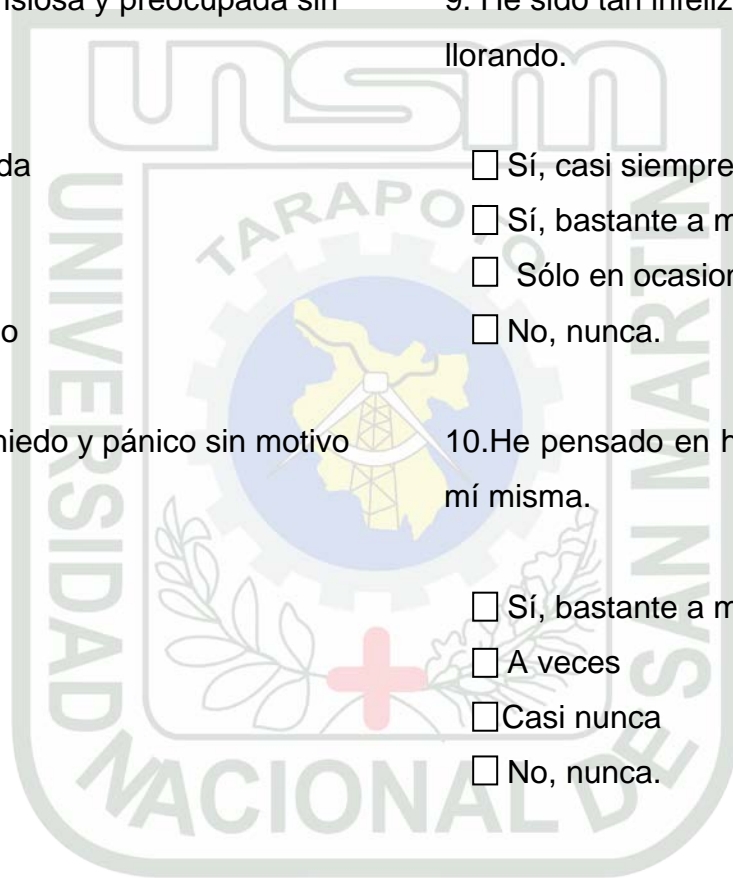
- Sí, casi siempre
- Sí, bastante a menudo
- Sólo en ocasiones
- No, nunca.

5. He sentido miedo y pánico sin motivo

- Sí, bastante
- Sí, a veces
- No, no mucho
- No, nada

10. He pensado en hacerme daño a mí misma.

- Sí, bastante a menudo
- A veces
- Casi nunca
- No, nunca.



Taken from the British Medical Journal of Psychiatry  
June, 1987, Vol. 150 by J.L. Cox, J.M. Holden, R. Sagovsky

## 9.2. ENCUESTA

Buenos días, somos Bachilleres en Enfermería, egresados de la Universidad Nacional de San Martín de Tarapoto, estamos realizando el trabajo de investigación titulado: **“Características sociodemograficas y depresion posparto en puérperas que consultan en la Clínica CORPOMEDIC. Distrito Tarapoto. Junio- setiembre 20012”**

A continuación se le presenta una serie de enunciados, las cuales usted tiene que responder de la manera más exacta posible; marcando la respuesta correcta con un aspa (X). Fecha de encuesta ..... fecha de parto

### Edad

- 11 a 19 años
- 20 a 30 años
- 31 años en adelante

### Estado Civil.

- Soltera no conviviente
- Soltera conviviente.
- Casada.
- Divorciada.
- Viuda.

### Ocupación.

- Ama de casa.
- Empleado estable,
- Empleado inestable,
- Trabajo independiente,
- Desempleado
- Otro.

### Paridad

- Primíparas:
- Secundíparas:
- Multíparas:

### Nº de hijos vivos

- Es el primero



- Es el segundo
- Es el tercero
- Otro.

**Nivel educacional**

- Sin estudios
- Primaria incompleta
- Primaria completa
- Secundaria incompleta
- Secundaria completa
- Técnica completa
- Técnica incompleta
- Universitario incompleto
- Universitario completo

**Nivel de ingreso económico**

- De 100 a 500 nuevos soles
- De 501 a 750 nuevos soles
- De 751 a 1000 nuevos soles
- Más de 1000 nuevos soles

**Embarazo**

- Embarazo deseado
- Embarazo no deseado

**Tipo de Parto**

- Vaginal
- Cesárea



### 9.3. VALIDACIÓN A JUICIO DE EXPERTOS.

El Anexo N° 01 del proyecto de investigación titulado “Factores psicosociales asociados y detección de depresión postparto usando la escala de Edimburgo en madres adolescentes con parto atendido en el Hospital Hipólito Unánue -Tacna 2009”, fue validado a Juicio de Expertos, el cual fue conformado por 02 Médicos Psiquiatras y 01 Licenciada en Psicología:

- Médico Psiquiatra José Revilla Urquiza
- Médico Psiquiatra Jorge Martín Quijada
- Licenciada en Psicología Edda Berrios Salas Quienes respaldan y pueden dar fe de dicha validación

Firmas

Fecha



## RESULTADOS

### OBEJTIVO 1

Determinar la prevalencia de depresión puerperal en las pacientes puérperas que consultan en la Clínica Corpomedic.

**Cuadro N° 1: Puérperas según Depresión Posparto, Clínica Corpomedic Tarapoto, Junio- Setiembre 2012.**

DEPRESIÓN POSPARTO	N° PUÉRPERAS	% PUÉRPERAS
No Depresión Posparto	10	33,3
Depresión Posparto	20	66,7
<b>Total</b>	<b>30</b>	<b>100,0</b>

**Fuente: Datos obtenidos del Proyecto de Investigación.**

El Cuadro N° 1 muestra los resultados de las puérperas según depresión posparto en la Clínica Corpomedic de Tarapoto; nuestros resultados reportaron un mayor riesgo de depresión posparto (66,7%) en 20 puérperas y 33,3% (10 puérperas) no tuvieron el riesgo de depresión durante el puerperio.

### OBEJTIVO 2

Describir las características socio demográficas en las pacientes puérperas que consultan en la Clínica Corpomedic.

**Cuadro N° 2: Puérperas según Edad, Clínica Corpomedic Tarapoto, Junio- Setiembre 2012.**

EDAD	N° PUÉRPERAS	% PUÉRPERAS
11 a 19 años.	3	10,0
20 a 30 años.	22	73,3
31 años en adelante.	5	16,7
<b>Total</b>	<b>30</b>	<b>100,0</b>

**Fuente: Datos obtenidos del Proyecto de Investigación.**

El Cuadro N° 2 muestra los resultados según edad de las puérperas de la Clínica Corpomedic de Tarapoto. Los resultados a los cuales arribamos reportaron una mayor concentración entre los 20 a 30 años de edad alcanzando 73,3 % (22

puérperas); 16,7 % (05 puérperas) se ubicaron de 31 años en adelante y 10,0% (03 puérperas) entre los 11 a 19 años de edad.

**Cuadro N° 3: Puérperas según Estado Civil, Clínica Corpomedic Tarapoto, Junio- Setiembre 2012.**

<b>ESTADO CIVIL</b>	<b>N° PUÉRPERAS</b>	<b>% PUÉRPERAS</b>
Soltera	5	16,7
Conviviente	16	53,3
Casada	8	26,7
Divorciada	1	3,3
<b>Total</b>	<b>30</b>	<b>100,0</b>

**Fuente: Datos obtenidos del Proyecto de Investigación.**

El Cuadro N° 3 muestra los resultados según estado civil de las puérperas de la Clínica Corpomedic Tarapoto; los resultados reportaron una mayor concentración en estado civil conviviente alcanzando 53,3 % (16 puérperas), estado civil casada 26,7% (8 puérperas), soltera 16,5% (5 puérperas) y divorciada 3,3% (1 puérpera).

**Cuadro N° 4: Puérperas según Ocupación, clínica Corpomedic Tarapoto, Junio- Setiembre 2012.**

<b>OCUPACIÓN</b>	<b>N° PUÉRPERAS</b>	<b>% PUÉRPERAS</b>
Ama de casa	11	36,7
Empleado estable	4	13,3
Empleado inestable	4	13,3
Trabajo independiente	8	26,7
Desempleado	2	6,7
Otro	1	3,3
<b>Total</b>	<b>30</b>	<b>100,0</b>

**Fuente: Datos obtenidos del Proyecto de Investigación.**

El Cuadro N° 4 muestra los resultados según ocupación de las puérperas de la Clínica Corpomedic Tarapoto. Nuestros resultados reportaron una mayor concentración en ocupación ama de casa alcanzando 36,7% (11 puérperas), trabajo independiente 26,7% (8 puérperas), empleado estable y empleado inestable se ubicó en cada caso en 13,3% (4 puérperas), desempleado 6,7% (2 puérperas) y otro 3,3% (1 puérpera).

**Cuadro N° 5: Puérperas según Paridad, clínica Corpomedic Tarapoto, Junio-Setiembre 2012.**

<b>PARIDAD</b>	<b>N° PUÉRPERAS</b>	<b>% PUÉRPERAS</b>
Primíparas	15	50,0
Secundíparas	8	26,7
Múltiparas	7	23,3
<b>Total</b>	<b>30</b>	<b>100,0</b>

**Fuente: Datos obtenidos del Proyecto de Investigación.**

El Cuadro N° 5 muestra los resultados según paridad de las puérperas de la Clínica Corpomedic Tarapoto. Nuestros resultados reportaron una mayor concentración en primíparas alcanzando 50,0% (15 puérperas), secundíparas 26,7% (8 puérperas) y múltipara 23,3% (7 puérperas).

**Cuadro N° 6: Puérperas según Número de Hijos Vivos, clínica Corpomedic Tarapoto, Junio- Setiembre 2012.**

<b>NÚMERO DE HIJOS VIVOS</b>	<b>N° PUÉRPERAS</b>	<b>% PUÉRPERAS</b>
Es el primero	14	46,7
Es el segundo	9	30,0
Es el tercero	7	23,3
<b>Total</b>	<b>30</b>	<b>100,0</b>

**Fuente: Datos obtenidos del Proyecto de Investigación.**

El Cuadro N° 6 muestra los resultados según número de hijos vivos de las puérperas de la Clínica Corpomedic Tarapoto. Los resultados a los cuales arribamos reportaron una mayor concentración en primer hijo vivo (1 hijo) alcanzando 46,7% (14 puérperas), segundo hijo vivo (02 hijos) 30,0% (9 puérperas) y tercer hijo vivo (3 hijos) 23,3% (7 puérperas).

**Cuadro N° 7: Puérperas según Nivel Educativo, clínica Corpomedic Tarapoto, Junio- Setiembre 2012.**

<b>NIVEL EDUCACIONAL</b>	<b>N° PUÉRPERAS</b>	<b>% PUÉRPERAS</b>
Primaria incompleta	1	3,3
Primaria completa	2	6,7
Secundaria incompleta	2	6,7
Secundaria completa	9	30,0
Técnica completa	5	16,7
Técnica incompleta	6	20,0
Universitaria incompleta	2	6,7
Universitaria completa	3	10,0
<b>Total</b>	<b>30</b>	<b>100,0</b>

**Fuente: Datos obtenidos del Proyecto de Investigación.**

El Cuadro N° 7 muestra los resultados según nivel educativo de las puérperas de la Clínica Corpomedic de Tarapoto. Nuestros resultados reportaron una mayor concentración en secundaria completa alcanzando 30,0 % (9 puérperas); Técnica incompleta 20,0% (6 puérperas), primaria completa, secundaria incompleta y universitaria incompleta se ubicó en cada en 6,7% (2 puérperas), universitaria completa 10,0% (03 puérperas) y primaria incompleta 3,3% (1 puérpera).

**Cuadro N° 8: Puérperas según Nivel de Ingreso, clínica Corpomedic Tarapoto, Junio- Setiembre 2012.**

NIVEL DE INGRESO	N° PUÉRPERAS	% PUÉRPERAS
De 100 a 500 nuevos soles	12	40,0
De 501 a 750 nuevos soles	10	33,3
De 751 a 1000 nuevos soles	7	23,3
Más de 1000 nuevos soles	1	3,3
<b>Total</b>	<b>30</b>	<b>100,0</b>

**Fuente: Datos obtenidos del Proyecto de Investigación.**

El Cuadro N° 8 muestra los resultados según nivel de ingreso de las puérperas de la Clínica Corpomedic de Tarapoto. Los resultados a los cuales arribamos reportaron una mayor concentración de nivel de ingreso entre 100 a 500 nuevos soles en 40,0% (12 puérperas), de 501 a 750 nuevos soles en 33,3% (10 puérperas), entre 751 a 1000 nuevos soles en 23,3% (7 puérperas) y más de 1000 nuevos soles en el 3,3% (1 puérpera).

**Cuadro N° 9: Puérperas según Tipo de Embarazo, clínica Corpomedic Tarapoto, Junio- Setiembre 2012.**

TIPO DE EMBARAZO	N° PUÉRPERAS	% PUÉRPERAS
Embarazo deseado	18	60,0
Embarazo no deseado	12	40,0
<b>Total</b>	<b>30</b>	<b>100,0</b>

**Fuente: Datos obtenidos del Proyecto de Investigación.**

El Cuadro N° 9 muestra los resultados según tipo de embarazo de las puérperas de la Clínica Corpomedic de Tarapoto. Las puérperas reportaron una mayor concentración en tipo de embarazo deseado alcanzando el 60,0% (18 puérperas) y embarazo no deseado se ubicó en 40,0% (12 puérperas).

**Cuadro N° 10: Puérperas según Tipo de Parto, clínica Corpomedic Tarapoto, Junio- Setiembre 2012.**

TIPO DE EMBARAZO	N° PUÉRPERAS	% PUÉRPERAS
Vaginal	13	43,3
Cesárea	17	56,7
<b>Total</b>	<b>30</b>	<b>100,0</b>

**Fuente: Datos obtenidos del Proyecto de Investigación.**

El Cuadro N° 10 muestra los resultados según tipo de parto de las puérperas de la Clínica Corpomedic de Tarapoto. Nuestros resultados reportaron una mayor concentración en tipo de parto por cesárea en el 56,7% (17 puérperas) y tipo de parto vaginal en 43,3% (13 puérperas).

### **OBEJTIVO 3**

Identificar la relación que existe entre la depresión posparto y las características socio demográficas de las puérperas en estudio.

Cuadro N° 11: Asociación entre la **DEPRESIÓN POSPARTO** y las **CARACTERÍSTICAS SOCIO DEMOGRÁFICAS** de las puérperas clínica Corpomedic Tarapoto, Junio- Setiembre 2012.

ASOCIACIÓN	$X^2_c$	g.l.	$X^2_T$	Significancia $p < 0.05$
Depresión Posparto y Edad	1,691	2	5,991	No
Depresión Posparto y Estado Civil	4,125	3	7,815	No
Depresión Posparto y Ocupación	6,682	5	11,070	No
Depresión Posparto y Paridad	2,593	2	5,991	No
Depresión Posparto y Número de Hijos Vivos	3,393	2	5,991	No
Depresión Posparto y Nivel Educativo	6,350	7	14,067	No
Depresión Posparto y Nivel de Ingreso	2,711	2	5,991	No

**Fuente: Datos del Proyecto de Investigación.**

El Cuadro N° 11 muestra los resultados de la relación entre la depresión posparto y las características socio demográficas en las puérperas de la Clínica Corpomedic de Tarapoto. Nuestros resultados nos muestran, que  $X^2_c < X^2_T$ ), por lo tanto concluimos que no existe una asociación significativa entre **Depresión Posparto** y las Características Socio demográficas: **Edad, Estado**



**Civil, Ocupación, Paridad, Número de Hijos Vivos, Nivel Educativo y Nivel de Ingreso**, en las puérperas de la clínica Corpomedic Tarapoto, Junio-Setiembre 2012.

Cuadro N° 12: Asociación entre la **DEPRESIÓN POSPARTO** y el **TIPO DE EMBARAZO**, en puérperas de la clínica Corpomedic Tarapoto, Junio- Setiembre 2012.

<b>ASOCIACIÓN</b>	<b>X<sup>2</sup><sub>C</sub></b>	<b>g.l.</b>	<b>X<sup>2</sup><sub>T</sub></b>	<b>Significancia p&lt; 0.05</b>
Depresión Posparto y Tipo de Embarazo	5,625	1	3,841	Si

Fuente: Datos del Proyecto de Investigación.

El Cuadro N° 12 muestra los resultados de la relación entre la depresión posparto y el tipo de embarazo en las puérperas de la Clínica Corpomedic de Tarapoto. Nuestro resultado nos muestra, que **X<sup>2</sup><sub>C</sub> (5,625) > X<sup>2</sup><sub>T</sub> (3,841)**, por lo tanto concluimos que existe una asociación significativa entre **Depresión Posparto** y el **Tipo de Embarazo**, en puérperas de la clínica Corpomedic Tarapoto, Junio-Setiembre 2012.

Cuadro N° 13: Asociación entre la **DEPRESIÓN POSPARTO** y el **TIPO DE PARTO**, en puérperas de la clínica Corpomedic Tarapoto, Junio- Setiembre 2012.

<b>ASOCIACIÓN</b>	<b>X<sup>2</sup><sub>C</sub></b>	<b>g.l.</b>	<b>X<sup>2</sup><sub>T</sub></b>	<b>Significancia p&lt; 0.05</b>
Depresión Posparto y Tipo de Parto	6,429	1	3,841	Si

Fuente: Datos del Proyecto de Investigación.

El Cuadro N° 13 muestra los resultados de la relación entre la depresión posparto y el tipo de parto en las puérperas de la Clínica Corpomedic de Tarapoto. Nuestro resultado nos muestra, que **X<sup>2</sup><sub>C</sub> (6,429) > X<sup>2</sup><sub>T</sub> (3,841)**, por lo tanto concluimos que existe una asociación significativa entre **Depresión Posparto** y el **Tipo de Parto**, en puérperas de la clínica Corpomedic Tarapoto, Junio- Setiembre 2012.

#### 9.4.- Sistema de variables.

Identificación de variables

➤ **Variable independiente:**

Características socio demográficas.

➤ **Variable dependiente:**

Riesgo de depresión post parto



**OPERACIONALIZACION DE VARIABLES.** Cuadro N° 01: Operacionalización de variables.

VARIABLES	DEFINICION CONCEPTUAL	DEFINICION OPERACIONAL	DIMENSIONES	INDICADORES
<p><b><u>VARIABLE INDEPENDIENTE</u></b></p> <p>Características socio demográficas</p>	<p>Cualidades que determinan los rasgos sociales y demográficos de una persona</p>	<p>Identificación de la frecuencia de las características socio demográficas de las púerperas,</p>	<p><b>Edad:</b></p> <p><b>Estado Civil</b></p> <p><b>Ocupación</b></p> <p><b>Paridad</b></p> <p><b>Nº de hijos vivos</b></p> <p><b>Nivel educacional</b></p>	<p><b>Adolescentes:</b> 11 a 19 años,  <b>Jóvenes:</b> 20 a 30 años,  <b>Adultas:</b> 31 años en adelante.</p> <p>Soltera, conviviente, casada, divorciada, viuda.</p> <p>Ama de casa, empleado estable, empleado inestable, trabajo independiente, desempleado otro.</p> <p><b>Primíparas:</b> Un parto.  <b>Secundíparas:</b> Dos partos,  <b>Multíparas:</b> Tres o más partos</p> <p>Es el primero  Es el segundo  Es el tercero  Otro.</p> <p>Sin estudios,  Primaria incompleta, Primaria completa.  Secundaria incompleta, Secundaria completa.  Técnica completa, Técnica incompleta.  Universitario incompleto, Universitario completo.</p>

			<b>Nivel de ingreso Económico (S/.)</b> 100 a 500 501 a 750 751 a 1000 + 1000	<b>Embarazo</b> Embarazo deseado, Embarazo no deseado	<b>Tipo de parto</b> Vaginal, Cesárea
<b><u>VARIABLE DEPENDIENTE</u></b>  Riesgo de Depresión parto (DPP)	de Desarrollo de depresión en la madre tras el nacimiento de su hijo	de Identificación del riesgo de depresión después de la aplicación de la Escala de Depresión de Edimburgo.	de Riesgo de depresión	de 1: <10 : No DPP 2: >=10: DPP	

