

UNIVERSIDAD NACIONAL DEL ALTIPLANO

FACULTAD DE ENFERMERÍA

ESCUELA PROFESIONAL DE ENFERMERÍA



**DEPRESIÓN POSTPARTO EN PUÉRPERAS PRIMÍPARAS Y
MULTÍPARAS DEL ESTABLECIMIENTO DE SALUD I – 3 JOSÉ
ANTONIO ENCINAS, PUNO 2014.**

TESIS

PRESENTADO POR:

FRIDA LIPA TUDELA

PARA OPTAR EL TÍTULO PROFESIONAL DE:

LICENCIADA EN ENFERMERÍA

PUNO- PERÚ

2014

UNIVERSIDAD NACIONAL DEL ALTIPLANO
FACULTAD DE ENFERMERÍA
ESCUELA PROFESIONAL DE ENFERMERÍA

DEPRESIÓN POSTPARTO EN PUÉRPERAS PRIMÍPARAS Y
MULTÍPARAS DEL ESTABLECIMIENTO DE SALUD I-3 JOSÉ
ANTONIO ENCINAS, PUNO- 2014.

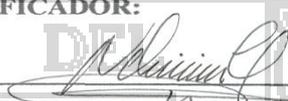
TESIS

Presentada a la Coordinación de Investigación de la Facultad de Enfermería de la Universidad Nacional del Altiplano- Puno, como requisito para optar el título profesional de:

LICENCIADA EN ENFERMERÍA.

APROBADO POR EL SIGUIENTE JURADO CALIFICADOR:

PRESIDENTE DE JURADO:


Mg. Nelva Enriqueta Chirinos Gallegos.

PRIMER MIEMBRO:


Mg. Nancy Silvia Álvarez Urbina.

SEGUNDO MIEMBRO:


Mg. Ángela Rosario Estevez Villanueva.

DIRECTORA Y ASESORA:


Dra. Tita Flores Sulca.

Puno- Perú
2014

AREA : ADULTO

TEMA : DEPRESIÓN POSTPARTO

DEDICATORIA

A Dios:

A quien entregue mi vida y en quien confié en la adversidad y fortuna y quien nunca me abandona ahora y siempre, Iluminándome para obrar con honestidad, humildad y paciencia.

A mis padres:

Alodia y René, quienes me dieron la vida, protección que hoy es sustento de mi vida, reflejo de amor, comprensión, sabiduría como ejemplo de perseverancia, honestidad, y ternura en mi fortuna.

A mis hermanos:

Fátima, Omar y Luz por su comprensión, apoyo fraterno en los momentos más difíciles y a quienes apoyaré por siempre para mantener la unidad familiar ahora y siempre.

Por último y no menos importante a mis amigas y amigos, con quienes compartí grandes experiencias a lo largo de mis estudios y que con su apoyo moral, compañerismo y enseñanzas permitieron el desarrollo y el logro de mis metas. A Julio, Reyna, Yessica, Jakeline, Patricia, Yessi, María de los milagros; si nombraría a todos se que esta página quedaría muy pequeño y nunca terminaría así como nuestra amistad.

*Muchas gracias, de todo corazón,
Frida.*

AGRADECIMIENTO

A nuestra alma mater la Universidad Nacional del Altiplano por abrirnos sus puertas y brindarme la oportunidad de lograr el grado de título profesional.

A la Facultad de Enfermería donde obtuve los conocimientos que hoy hacen que puedan contribuir el desarrollo de nuestra región de puno.

Mi eterno agradecimiento a mi Directora y asesora de tesis Dra Tita Flores Sullca por su apoyo y motivación para llevar a cabo el presente trabajo de investigación.

Al Ing. Percy Huallpa por su asesoramiento estadístico en el desarrollo de mi trabajo de investigación.

A mis miembros jurados revisores de la presente tesis MSc. Nelva Chirinos Gallegos, MSc. Nancy Álvarez Urbina y MSc. Ángela Esteves Villanueva, por sus sugerencias y aportes que nos brindaron por la culminación y fortalecimiento del presente trabajo de investigación.

A las madres púerperas que fueron atendidas en el Establecimiento de Salud I-3 José Antonio Encinas que con su participación voluntaria contribuyeron de una u otra manera en la culminación de este trabajo.

Me siento muy agradecida con todos, Frida.

ÍNDICE:

I. INTRODUCCIÓN	1
1.1. CARACTERIZACIÓN DEL PROBLEMA	1
1.2. ANTECEDENTES DEL PROBLEMA:	4
1.3. FORMULACIÓN DEL PROBLEMA:	18
1.4. IMPORTANCIA Y UTILIDAD DEL ESTUDIO O JUSTIFICACIÓN:	18
II. MARCO TEÓRICO Y CONCEPTUAL:	19
III.- VARIABLE Y OPERALIZACIÓN:.....	52
IV. OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN:.....	55
V. DISEÑO METODOLÓGICO:	56
VI. RESULTADOS Y DISCUSIÓN:	65
VII. CONCLUSIONES:.....	85
VIII. RECOMENDACIONES:.....	87
IX. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS:.....	88
X. ANEXOS:	1



ÍNDICE DE CUADROS:

	PAG.
<i>Cuadro n°01:</i> Depresión postparto en puérperas primíparas y multíparas EE.SS. I-3 José Antonio Encinas de Puno,2014.....	68
<i>Cuadro n°02:</i> Depresión postparto en puérperas primíparas y multíparas según la edad, EE.SS. I-3 José Antonio Encinas de Puno,2014.....	71
<i>Cuadro n°03:</i> Depresión postparto en puérperas primíparas y multíparas según la procedencia, EE.SS. I-3 José Antonio Encinas de Puno, 2014.....	74
<i>Cuadro n°04:</i> Depresión postparto en puérperas primíparas y multíparas según el idioma, EE.SS.I-3 José Antonio Encinas de Puno, 2014.....	76
<i>Cuadro n°05:</i> Depresión postparto en puérperas primíparas y multíparas según el grado de instrucción, EE.SS.I-3 José Antonio Encinas de Puno, 2014.....	78
<i>Cuadro n°06:</i> Depresión postparto en puérperas primíparas y multíparas según el estado civil, EE.SS. I-3 José Antonio Encinas.....	81
<i>Cuadro n°07:</i> Depresión postparto en puérperas primíparas y multíparas según la ocupación, EE.SS.I-3 José Antonio Encinas de Puno, 2014.....	83
<i>Cuadro n°08:</i> Depresión postparto en puérperas primíparas y multíparas según control prenatal, EE.SS. I-3 José Antonio Encinas de Puno, 2014.....	85

RESUMEN:

La investigación se realizó en la ciudad de Puno en el Establecimiento de Salud I-3 José Antonio Encinas. Con el objetivo de determinar la depresión postparto en puérperas primíparas y multíparas. El estudio fue descriptivo de corte transversal, tomándose una muestra de 69 puérperas primíparas y multíparas; el muestreo fue no probabilístico por cuota; para la obtención de datos se utilizó la entrevista estructurada y el instrumento de investigación el test de la escala de depresión postparto de Edimburgo modificada. Los resultados muestran: las puérperas primíparas y multíparas que presentaron depresión postparto obtuvieron una puntuación mayor de 10 puntos, representan el 21.7% oscila en las edades de 16 a 19 años, 27.5% procedentes de la zona urbana, 24.6% hablantes del idioma castellano, 18.8% con grado de instrucción secundaria completa, 31.9% de estado civil conviviente, 21.7% de ocupación su casa y el 18.8% recibieron seis controles prenatales antes de las 31 semanas de gestación. Se concluye que más de la mitad de puérperas primíparas presentaron depresión postparto en el rango de edad de 16 a 19 años (adolescentes), porque es un periodo en que las puérperas atraviesan por una condición que contiene grandes cambios emocionales, físicos y psicosociales que aportan a la tendencia del abandono de los estudios, dedicándose a los quehaceres del hogar y asumir el rol de madre a una edad temprana que contribuyen a precipitar a una depresión postparto.

PALABRAS CLAVES: Puérpera, escala de depresión postparto de Edimburgo.

SUMMARY:

This research was conducted in the city of Puno, in the I-3 Health Facility José Antonio Encinas. Mainly to identify postpartum depression in primiparous and multiparous. The present research, was descriptive cross-sectional. Taking a sample of 69 primiparous and multiparous postpartum; the sample by quota of was non-probability type postnatal depression; the techniques used to do tain information, were the structured interview and the (scale modified test of Edinburgh). The results show: primiparous and multiparous postpartum women who had postpartum depression scored higher than 10 points, representing 21.7 % ranging in ages from 16 to 19. 27.5 % from urban areas, 24.6 % sapanish language speakers, 18.8 % with complete secondary education , 31.9% living in a domestic- partner relationship, 21.7 % housewives and 18.8 % who received six prenatal check ups before the seventh month . It is concluded that more than half of first time pregnant women had postpartum depression in the age range of 16-19 years of age (adolescents), because it is the period when women that age, go through a lot of emotional and physical changes; this may cause them to drop and neglect also tends their studies, engaging in household chores and taking on the role a mother at an early age, contributing to an inevitable postpartum depression.

KEYWORDS: puerperal, scale Edinburgh postnatal depression

I. INTRODUCCIÓN

1.1. CARACTERIZACIÓN DEL PROBLEMA

La Organización Mundial de la Salud (OMS) refiere que el periodo postparto es un periodo de vulnerabilidad emocional y de alto riesgo para desarrollar desórdenes emocionales, así del 50 al 90% de las mujeres experimentan en el postparto diferentes grados de desórdenes afectivos, entre los que incluye la depresión postparto. Esta última es la complicación psiquiátrica más común de la maternidad, ocurre en el 13% de mujeres después del parto.

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. Durante el embarazo y el puerperio 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 frecuencia mundial de esta enfermedad fluctúa entre un 10 a 20% de las puérperas según algunos autores o de un 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% (OMS). La depresión postparto 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.

La depresión postparto es entendida como la presencia de todo trastorno depresivo, sin síntomas psicóticos, puede ocurrir dentro de los primeros días hasta un año después del nacimiento del niño, pero usualmente ocurre dentro de los tres primeros meses. Conlleva consecuencias negativas para las propias mujeres, que ven deteriorado su nivel de salud, calidad de vida y relaciones personales. También para el desarrollo del niño/a, que presenta un mayor riesgo de trastornos afectivos e incompetencia social, problemas de conducta y somáticos, problemas de atención, dificultades en el aprendizaje y desarrollo cognitivo.

Al respecto se realizó una investigación en Chile por Dois (2009); en su artículo titulado “*Actualizaciones en Depresión Postparto*”, refiere que los trastornos del ánimo son enfermedades multisistémicas, que se manifiestan con distintos grados de alteración patológica del ánimo asociados a un significativo deterioro físico y social. Durante el embarazo y puerperio ocurren cambios bioquímicos, psicológicos y sociales que hacen más vulnerable a la mujer para la aparición de estos trastornos. Dentro de los vinculados al puerperio se distingue la tristeza y depresión postparto y la psicosis puerperal. La depresión es una enfermedad caracterizada por presentar ánimo deprimido y/o anhedonia, la mayor parte del día. Prácticamente todos los días, durante al menos dos semanas, con angustia significativa y/o alteración del funcionamiento personal. La depresión postparto se diferencia de cualquier otro cuadro depresivo, porque aparece entre las 4 y 30 semanas del puerperio con síntomas incapacitantes como irritabilidad, rabia, anhedonia, abulia, confusión, olvido, culpa, incapacidad de afrontamiento y ocasionalmente, pensamientos suicidas, que pueden exacerbarse por falta de confianza, expectativas irreales sobre la maternidad y baja autoestima materna.

Asimismo, Reeder y Col (1995) en su investigación titulada “*Enfermería materno infantil*” manifiesta que la mujer muestra diversas respuestas emocionales durante el puerperio que pueden fluctuar de una sensación melancólica hasta una depresión más profunda que incapacita a la madre e incluso le produce reacciones psicóticas. Alrededor de 50 a 75% de las pacientes puerperas experimentan sensación de melancolía transitoria y de 10 al 20% sufre depresión significativa. La psicosis puerperal ocurre en 1 al 2 % de las madres primíparas. La frecuencia de la depresión aumenta con el tiempo que transcurre después del parto; 8.5% de las mujeres se deprimen en los primeros días y 14.2% a las 12 semanas; el índice global de depresiones postparto es 10.4 %. Se describen varios tipos de depresión puerperal.

El tipo más común, el de sensación melancólica, es un trastorno de adaptación a un suceso en la vida (el parto) que ocasiona que la mujer se deprima. Este tipo de depresión en lo general ocurre tres a cinco días después del parto y la mujer se siente decaída y llora fácilmente y con frecuencia sin motivo aparente alguno. Muchas mujeres sienten considerable fatiga, sentimiento de pérdida y de tristeza, poco poder

de concentración y sensación de hostilidad hacia su cónyuge o pareja. En general estos sentimientos negativos desaparecen a los cuatro o cinco días después del parto. En cambio en la depresión afectiva (neurótica) puerperal es un caso más grave que puede suscitarse a los pocos días del parto o tal vez que no se determine como tal durante varios meses. Persiste alrededor de un año después del parto. Puede ocurrir episodios psicóticos transitorios con sensación de perder el control, temor de enloquecer y periodos de la despersonalización y desorientación, aunque mantenga contacto con la realidad. Pueden también suscitarse casos de maltrato y descuido o abandono del recién nacido y el suicidio representa un riesgo potencial.

Otro estudio realizado en Perú, Vargas (2009); en su trabajo de investigación titulado "*Depresión postparto presencia y manejo psicológico*", cuyo objetivo es evaluar la presencia de la depresión en pacientes posnatales mediante la escala de depresión postparto de Edimburgo, la misma que se aplicó a 10 pacientes postnatales antes de 4 semanas desde su parto. En los resultados muestran que las puntuaciones obtenidas por las pacientes en la evaluación con la escala de Edimburgo. Donde ha trazado una línea horizontal marcando el puntaje de 10, según los autores recomiendan que las pacientes con una puntuación superior debieran ser asesoradas por un profesional en salud mental, para manejar su estado depresivo. En el caso de la población estudiada, el 90% de las pacientes supera los 10 puntos. Muestra que la distribución de los puntajes promedio de las pacientes que estuvieron en su primero y en su segundo parto, se puede ver que es más alto el puntaje (o la reacción depresiva) en las pacientes primerizas. La depresión postparto es real y ocurre en nuestro contexto social, siendo un problema clínico que merece atención.

En la actualidad según el Instituto Nacional de Estadística e Informática INEI (2007), en el Perú 162 mil mujeres son madres adolescentes cuyas edades fluctúan entre los 12 y 19 años de edad. Asimismo según el área de residencia, se menciona que alrededor del 20% de las adolescentes del área rural del país ya son madres. En cambio, en el área urbana la maternidad adolescente alcanza apenas el 10%. Las cifras indican que el 34,5% de las madres del área rural no cuenta con nivel de educación; en tanto que, en el área urbana alcanza solo al 8,1%. Del mismo modo, es mayor la proporción de madres que cuentan con nivel de educación primaria (46,9%) en el área rural, en comparación con el área urbana (24,7%). De acuerdo con

el estado civil, el 42,4% de las madres del país están casadas, mientras que el 34% no ha contraído matrimonio. Además, el 8% corresponde a separadas o divorciadas, el 7,1% a madres solteras y el 8,5% a viudas. En el área rural, el 39,8% convive con su pareja; mientras que en el área urbana la convivencia alcanza el 32,4%. En el caso de las madres solteras, el 8,1% y el 3,9%, residen en el área urbana y rural, respectivamente. Alrededor de dos millones de madres siguieron educación superior, sea universitaria o no universitaria, lo que representa un 25,7%. Así, cerca de la tercera parte (30,5%) de las madres alcanzó educación secundaria, el 29,7% tiene primaria y el 14,1% no cuenta con nivel inicial.

Durante la vivencia de nuestras prácticas pre profesionales hasta el año 2013, en el Establecimiento de Salud José Antonio Encinas en el área de ginecoobstetricia, en el ambiente de alojamiento conjunto, se ha observado a las púerperas primíparas y multíparas que acuden al Establecimiento de Salud para su atención de parto, en el periodo del puerperio, manifestaron que no sabiendo que hacer cuando su bebé lloraba, la venida de su bebé hacia que todas las cosas cambie en su vida, manifestando muchas de ellas síntomas de depresión postparto, lo más impresionante es que ellas no entendían porque presentaban estas respuestas emocionales, refirieron que no le daban importancia debido a que era desconocido, no habían escuchado, explicado o les habían evaluado su estado emocional durante los controles prenatales. Después de los 15 días del parto, la madre retornaba para sus controles de puerperio, asimismo cuando llevaba a su niño al consultorio de crecimiento y desarrollo para sus respectivos controles y/o cuando el personal de salud realizaba las respectivas visitas domiciliarias, la púerpera todavía manifestaba algunos síntomas y signos de depresión postparto. Hasta el momento no se ha evidenciado ningún trabajo de investigación sobre el tema en nuestra Región de Puno.

1.2. ANTECEDENTES DEL PROBLEMA:

A continuación se presentan los antecedentes relacionados con el estudio, lo que permite ubicar a las investigaciones en el contexto actual.

A NIVEL INTERNACIONAL:

En un estudio de investigación en Venezuela elaborado por Urdaneta (2009); sobre *“Factores de Riesgo de Depresión Postparto en puérperas venezolanas valoradas por medio de la escala de Edimburgo”*, refiere que la depresión postparto es un importante trastorno de la salud mental en la mujer, al cual han atribuido variados factores de riesgo para su presentación. Cuyo objetivo fue determinar los factores de riesgos para depresión postparto en puérperas atendidas en la maternidad del Hospital Universitario de Maracaibo, Venezuela. Realizó una investigación descriptiva con diseño no experimental, mediante una muestra de 100 puérperas, evaluadas por la escala de depresión postparto de Edimburgo. Los resultados fueron que hubo una prevalencia del test positivo del 91%, con una prevalencia de depresión postparto del 22%. De las características evaluadas solo los trastornos médicos durante el embarazo, la enfermedad del neonato, no contar con el apoyo de su pareja, presentar antecedentes de depresión o melancolía o tener un nivel educativo primario o inferior, mostraron una asociación significativa con el desarrollo de depresión postparto. El nacimiento mediante cesarea y no contar con el apoyo familiar presentaron una asociación significativa con el riesgo de depresión postparto; mientras que el parto vaginal o haber alcanzado un nivel educativo superior a la primaria mostraron tener un efecto protector, con diversos factores de riesgos que permitirían tomar acciones para un diagnóstico oportuno de esta enfermedad; determinándose que de las características evaluadas, tanto de índole biológico, psicológico como social, solamente mostraron una asociación significativa con el desarrollo de depresión postparto, los trastornos médicos durante el embarazo, la enfermedad del neonato, el nacimiento mediante cesárea, no contar con el apoyo familiar, no contar con el apoyo de su pareja, presentar antecedentes de depresión o melancolía o tener un nivel educativo primario o inferior. Mientras que el parto vaginal o haber alcanzado un nivel educativo superior de la primaria tenía un efecto protector. Sin embargo, la presencia de estos factores de riesgo para la depresión postparto también varía entre cada población y en el transcurrir del tiempo; por lo tanto, debe recomendarse la evaluación periódica de los factores de riesgo en cada institución sanitaria para así planear acciones óptimas en la prevención y el tratamiento de esta patología.

Otro estudio de investigación en Chile realizado por Dois (2009); sobre *“Actualizaciones en Depresión postparto”*, refiere que el diagnóstico de depresión

postparto confiere algunas dificultades, entre ellas el escaso reconocimiento de los trastornos del ánimo durante el embarazo. Alrededor de la mitad de los cuadros depresivos diagnosticados durante el puerperio iniciaron o continuaron su curso durante el embarazo, pese a conocerse que el diagnóstico y tratamiento correcto previo al parto implica una menor probabilidad de cursar una depresión posnatal. Por otro lado, la sintomatología depresiva durante el puerperio puede confundirse con la adaptación normal a esta etapa de la vida. Durante las primeras semanas postparto, cerca del 80% de las madres experimenta un cuadro denominado disforia/tristeza postparto, caracterizado por inestabilidad emocional, tristeza, insomnio, llanto, fatiga irritabilidad y ansiedad. Este cuadro cursa entre el tercer y décimo día postparto y ha sido asociado con los cambios hormonales de la etapa, por lo mismo, no requiere de tratamiento farmacológico, sino de la contención y apoyo de la familia.

Si los síntomas se extienden por más de dos semanas con descenso significativo del humor acompañado de síntomas vegetativos, emocionales, del pensamiento, del comportamiento y de los ritmos vitales, se configura el episodio depresivo. Muchos estudios reportan una serie de métodos para su evaluación, sin embargo, existe consenso que el mejor instrumento de tamizaje es la escala de depresión postparto de Edimburgo, diseñada especialmente para reconocer síntomas anímicos en mujeres púerperas. Sus ítems se agrupan básicamente en torno a dos factores: tristeza y ansiedad; tiene una consistencia interna adecuada, 100% de sensibilidad y 80% de especificidad. Ha sido validada en diversos países y culturas, con resultados que permiten justificar su uso como instrumento de tamizaje, logrando su mayor sensibilidad con un punto de corte entre 9 y 10 puntos. Es un instrumento de autorreporte, de 10 preguntas con cuatro opciones de respuesta cada una y puntajes que varían de 0 a 3 puntos, según la severidad sintomática. De sus ítems, 5 se relacionan con disforia, 2 con ansiedad, 1 con sentimientos de culpa, 1 con ideas suicidas y 1 con dificultades de concentración. La escala de depresión de Edimburgo mide intensidad sintomática, por esta razón el método más confiable de evaluación del trastorno del ánimo durante el puerperio implica un proceso de dos etapas. Primero haciendo uso de esta escala para luego derivar a evaluación por especialistas a través de entrevistas estandarizadas de diagnóstico a aquellas mujeres que obtengan puntajes altos. El mejor momento para aplicar la escala de depresión de Edimburgo es a las ocho semanas postparto ya que coincide con el período de máxima incidencia

de la depresión puerperal y además, con la disminución de los síntomas atribuibles a un período adaptativo normal.

En otro estudio de investigación en México por Gutiérrez (2010); “*Prevalencia de tristeza materna y sus factores asociados*”, cuyo objetivo es determinar la prevalencia de tristeza materna y sus factores asociados. El estudio fue de tipo transversal en el que se capturaron mujeres durante el puerperio inmediato. Mediante interrogatorio directo se aplicó la escala de Edimburgo para determinar tristeza materna, Otros datos registrados fueron: edad, escolaridad, embarazos, hijos muertos, episodios de depresión, antecedentes del sueño y si el embarazo fue planeado. El análisis estadístico incluyó media aritmética, valores porcentuales, prueba de la ji al cuadrado y de la t de student; y análisis de regresión logística para determinar los factores asociados con la tristeza materna. Se asignó un valor alfa de 0.05. Los resultados fueron de 1,134 mujeres, 21(1,8%) tuvieron diagnóstico de tristeza materna. Los factores significativos relacionados con estas fueron: el antecedente de hijos muertos, $p0.002$; episodios de depresión, $p0.001$; y alteraciones en el sueño, $p0.003$. El autor concluye que la frecuencia de tristeza materna es baja en nuestra población. Los factores asociados con este padecimiento pueden identificarse durante el control prenatal para proporcionar atención especial a estas mujeres, y así prevenir las complicaciones resultantes.

En un estudio de investigación en Chile elaborado por Evans M. Vicuña M. (2003); titulado “*Depresión postparto realidad en el sistema público de atención de salud*”, menciona que la depresión postparto es un problema de salud pública con prevalencia que oscilan entre un 10 y 15% en la literatura mundial. Durante el puerperio existen cambios bioquímicos y estrés que pueden desencadenar estos trastornos. No existen trabajos a nivel nacional que enfoquen este problema. Realizamos un estudio prospectivo a nivel de atención primaria para evidenciar la real incidencia, y algunos factores de riesgo para esta condición. El reconocimiento de la depresión postparto en la atención médica habitual, y sobre todo primaria es pobre, sobre todo si consideramos el aumento que la depresión ha experimentado en toda la sociedad. Diversos investigadores, como una manera de enfrentar esta problemática han introducido el uso de test de screening, para ser realizados en

forma antenatal para implementar prevención primaria, o test realizados postnatalmente para intervención precoz o prevención secundaria. Sin embargo, la literatura ha demostrado que solo un tercio de las mujeres asignadas como de "alto riesgo" por estos test desarrollaron esta condición. En vista de lo enunciado anteriormente se han presentado dos enfoques para el manejo de estas pacientes. El primero enfatiza la importancia para preparar a los cambios de vida asociado con el embarazo, el parto y el hecho de ser madre, y la implementación de un grupo de intervención (incluyendo parientes). Esto ha mostrado tener un efecto positivo en la incidencia de depresión medido a las 8 semanas. El otro era clasificar a las pacientes como vulnerables, estas mujeres eran incorporadas a un grupo de intervención, con sesiones que se realizaban desde el cuarto mes del embarazo a los 6 meses post parto. Sin embargo, todos estos enfoques excluyen los eventos postnatales, los cuales juegan un rol significativo. En el caso de nuestras pacientes este evento postnatal era la hospitalización del recién nacido por diversas complicaciones, o complicaciones médicas durante su embarazo. La depresión postparto es una patología de presentación frecuente en las mujeres que atendemos, con una frecuencia superior a lo enunciado por la literatura internacional, pero las cuales no prestamos suficiente atención. El perfil epidemiológico en la población estudiada no difiere considerablemente a lo manifestado en otros estudios. El autor considera que la población de la muestra es escasa es un enfoque inicial para ver la real magnitud de este problema. Pensamos que será adecuada la realización de nuevos estudios que estudien otros factores como el nivel socioeconómico y educacional como factores contribuyentes. La depresión postparto constituye un verdadero problema de salud pública, si solo nos atenemos a las cifras enunciadas afectará a 1 de cada 3 pacientes, por lo que un manejo multidisciplinario con matronas, psicólogos, obstetras y en casos más severos psiquiatras debe estar disponible en todos los niveles de atención.

Así mismo en un estudio de investigación en España realizado por Lopes MF (2012); titulado "*Frecuencia de la depresión puerperal en la maternidad de un hospital universitario de la Región del Sur*", cuyo objetivo fue identificar la frecuencia de riesgo para desencadenar la depresión postparto, en puérperas internadas en la maternidad de un Hospital Universitario, a través de la aplicación de la escala de depresión postparto de Edimburgo. Se trata de un estudio cuantitativo, exploratorio descriptivo. Participaron del estudio 53 puérperas en puerperio inmediato desde abril

a mayo del 2009. Fue aplicado un cuestionario elaborado con base en la escala de depresión postparto de Edimburgo. Los datos obtenidos a través de la aplicación de la escala fueran analizados e interpretados, a través de la estadística descriptiva. Se respetaron todas las determinaciones de la Resolución 196/96 de estudio con seres humanos. Los resultados señalaron que el riesgo de depresión postparto fue encontrado en seis puérperas (11%), lo que demuestra la importancia de los profesionales de la salud en realizar la detección precoz de la depresión postparto, teniendo como ayuda la escala de depresión postparto de Edimburgo, por la eficacia y practicidad de su aplicación.

En otro estudio de investigación en Chile titulado “*Caracterización de madres deprimidas en el postparto*” Rojas (2010); refiere que la depresión postparto es un trastorno del estado de ánimo que se produce durante un período específico de tiempo de vida de las mujeres: el puerperio. La prevalencia de depresión postparto varía de 8 % a 30 %, y un aumento de tres veces se ve en emergente en comparación con los países desarrollados. Cuyo objetivo fue caracterizar mujeres que consultan en los servicios de atención primaria de depresión postparto. Cuyo método fue las características sociodemográficas, historia obstétrica, los síntomas clínicos y de atención puerperal de 440 mujeres en el postparto que buscaron ayuda en la atención primaria y que fueron diagnosticados como deprimidos, se describen. Los resultados fueron que estas mujeres no habían pagado el empleo (82,7%), tuvieron embarazos no deseados (62,5%) y carecían de apoyo social adecuado (59,4%). El autor menciona que desde el punto de vista clínico, la mayoría de estas mujeres puérperas tenían una historia familiar de depresión (64,2%) y el 31% había sufrido de episodios depresivos previos. Los síntomas clínicos de estos pacientes consistían en estado de ánimo deprimido (93,2 %), anhedonia (87,9%) y la fatiga (87%). El autor concluye que las mujeres deprimidas postparto constituyen un grupo que requiere de una atención más clínica debido a su gran vulnerabilidad biológica, los síntomas depresivos activos y enorme riesgo psicosocial. La madre y el programa de los niños, lo que les beneficia, debe ser combinado con un componente de salud mental que les puede ofrecer un tratamiento adecuado a su contexto psicosocial.

Asimismo en otro estudio de investigación en Chile realizado por Wolff (2009); titulado “*Depresión postparto en el embarazo adolescente: análisis del problema y*

sus consecuencias”, refiere que el embarazo adolescente es un importante problema de salud pública, que se asocia a consecuencias biológicas, psicológicas y sociales negativas tanto para la madre como para el hijo. Uno de los riesgos frente a los que las madres adolescentes están particularmente vulnerables es a la depresión postparto. Existen extensas investigaciones sobre el fenómeno de la depresión postparto, pero los estudios en madres adolescentes son limitados y suelen provenir de países desarrollados. El objetivo fue revisar los principales hallazgos en relación a la depresión postparto en el contexto del embarazo adolescente. Los resultados fueron que el embarazo adolescente se ha asociado a bajo nivel socioeconómico y educacional, inicio precoz de la actividad sexual y a psicopatología, tal como la depresión, asimismo, se sabe que las madres adolescentes tienen mayor riesgo de morbilidad obstétrica, más probabilidad de deserción escolar, inactividad laboral y dependencia económica, y a establecer vínculos de apego inseguros con sus hijos éstos, en tanto, estarían más expuestos a la morbilidad perinatal y neonatal, a la prematuridad y bajo peso al nacer, al abuso y/o negligencia parental y a problemas conductuales y de rendimiento desde la etapa preescolar. Las conclusiones fueron que la depresión postparto es un importante problema de salud pública que afecta a púerperas de todas las edades, asociándose a factores de riesgo tales como, depresión previa, malas relaciones interpersonales dentro de la familia, con la pareja o padre del bebé y bajo apoyo social, asimismo, la depresión postparto se asocia a alteraciones en el vínculo madre-hijo, con menor desarrollo y más problemas conductuales en el niño. Entre las madres adolescentes, la depresión postparto es especialmente frecuente, y en ellas, además de los factores ya descritos, se agregan algunos particulares, tales como el riesgo de deserción escolar, de abuso y negligencia hacia el niño y mayor probabilidad de un segundo embarazo adolescente. Urge que los profesionales de la salud nacional, tanto del sistema público como privado que trabajan con embarazadas, y especialmente aquellos que trabajan con adolescentes, actualicen sus conocimientos respecto al diagnóstico y tratamiento de la depresión postparto. Es importante incorporar a la rutina de trabajo, la búsqueda activa de síntomas depresivos y de factores de riesgo para depresión postparto, idealmente desde el periodo prenatal.

En un estudio realizado en España por Maroto (2004); *“Evaluación del estudio del ánimo en el puerperio con la escala de depresión postnatal de Edimburgo”*, refiere

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

Un estudio realizado en Brasil por Santos (2004); sobre *“Validación de la Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS) en una muestra de madres de Pelotas Nacimiento”*, cuyo objetivo fue evaluar la escala de Edimburgo postparto para la detección y el diagnóstico de la depresión postparto. Tres meses después de la entrega, escala de depresión postparto de Edimburgo se administró a 378 madres de la Pelotas Birth Cohort Study 2004, Rio Grande do Sul, Brasil. Hasta 15 días más tarde, las madres fueron re entrevistados por profesionales de atención de salud mental utilizando una entrevista semi estructurada basada en la CIE-10 (estándar de oro). Donde calculó la sensibilidad y especificidad de cada punto de corte, y los valores se representaron en una curva característica operador-receptor. El mejor punto de corte para la detección de depresión postparto fue mayor o igual a 10, con el 82,6% la sensibilidad y el 65,4% especificidad. Para el tamizaje de casos moderados y graves, el mejor punto de corte fue de mayor o igual a 11, con 83,8% la sensibilidad y el 74,7% especificidad. Para el diagnóstico, escala de Edimburgo de depresión postparto era válida solo para la prevalencia de la depresión postparto en el rango de 20 a 25%, con un 60% de valor de la depresión postparto para el mayor o igual a punto de corte 13 (59,5% de sensibilidad; 88,4% de especificidad). Las especificidades y valor de la depresión postparto para todos los puntos de corte

fueron inferiores a los reportados por otros autores. Pequeños números y el cálculo de valor de la depresión postparto en muestras con sobrerrepresentación de los casos en la mayoría de los estudios parecen dar cuenta de estas diferencias.

Se realizó un estudio de investigación en México por Stephen (2011); sobre “*El uso de la escala de depresión postnatal de Edimburgo para la detección de los trastornos de ansiedad: consideraciones conceptuales y metodológicas*”, refiere que los síntomas de ansiedad y los trastornos perinatales son frecuentes e incapacitantes, pero no han sido hasta ahora un foco de atención clínica y de salud pública específica. La escala de depresión postnatal de Edimburgo es ampliamente utilizado para detectar la depresión probable, y muchos estudios también han encontrado que los tres elementos de esta carga de la escala en un factor de ansiedad, tanto en los períodos prenatal y postnatal. Además, los estudios han encontrado correlaciones clínicamente significativas entre la escala de depresión postnatal de Edimburgo y varias medidas específicas a la ansiedad en el período perinatal. Cuyo objetivo fue examinar los estudios que se refieren a la capacidad de la escala de depresión postnatal de Edimburgo para detectar trastornos de ansiedad, para evaluar la escala de depresión postnatal de Edimburgo realiza de forma diferente en las mujeres con trastornos depresivos o de ansiedad y para considerar las implicaciones para futuras investigaciones y la práctica clínica. Se identificaron seis estudios con datos relativos a la capacidad de la escala de depresión postnatal de Edimburgo para detectar trastornos de ansiedad perinatales en mujeres. Estos estudios proporcionan información sobre la comparación de la escala de depresión postnatal de Edimburgo puntaje total de diagnósticos de la ansiedad, la depresión y comparación de la puntuación de la sub escala de ansiedad de los diagnósticos de ansiedad y depresión. Los resultados fueron que hay pruebas de ambos conjuntos de información que la escala de depresión postnatal de Edimburgo es útil para la detección de la ansiedad en las mujeres y las nuevas pruebas que total la escala de depresión postnatal de Edimburgo pueden distinguir la depresión de la ansiedad de forma fiable. Las conclusiones se basan en un pequeño número de estudios, realizados en una variedad de entornos clínicos y comunitarios en diferentes idiomas y países, y con tamaños de muestra variables, algunas de las cuales carecen de poder para asegurar conclusiones fiables. La escala de depresión postnatal de Edimburgo aparece para detectar trastornos de ansiedad perinatales, pero se requiere más investigación para establecer

el valor clínico y de salud pública de la escala de depresión postnatal de Edimburgo para este fin, y si tiene propiedades psicométricas más robustos o es más factible y aceptable que las medidas de ansiedad específicos existentes.

A NIVEL NACIONAL:

Un estudio de investigación en Perú sobre “*Trastorno depresivos del embarazo y puerperio*” realizada por Rondón (2005); afirma que hay estudios que señalan que los médicos no diagnostican adecuadamente los trastornos emocionales en la gestación y que las propias familias niegan la existencia de un trastorno, atribuyéndolo a “cambios normales”. Lo que sabemos actualmente es que el bienestar emocional durante la gestación es un asunto bastante individual que no se presta a generalizaciones derivadas de las teorías psicodinámicas clásicas, sino que más bien se relaciona con: estabilidad emocional previa, actitudes hacia la feminidad, la relación con la madre, la relación con el esposo, la preparación para las tareas de la crianza, enfermedad mental previa, presencia de otros niños, apoyo práctico, aborto inducido previo, estatus social y económico, embarazo de alto riesgo médico. Si bien la incidencia de hospitalizaciones disminuye durante el embarazo parece que hay menos episodios severos de psicosis o trastorno emocional se ha registrado un aumento relativo de las manifestaciones leves de obsesividad, cuadros fóbicos, de pánico, irritabilidad y diversos grados de depresión. Sin embargo en el puerperio es frecuente hasta 30% de las mujeres dos semanas después del parto presenten puntajes del cuestionario de Beck compatibles con depresión. La depresión puerperal tiene una prevalencia similar a la depresión mayor en otras épocas de la vida, por lo menos. No se ha demostrado la etiología biológica de la depresión puerperal, a pesar de lo atractiva que es esta hipótesis. Todas las mujeres púerperas atraviesan por los mismos cambios hormonales masivos, y están sujetas, poco más o menos, a similares demandas de adaptación por el cambio de roles, Sin embargo no todas hacen depresión clínicamente importante. Esto nos lleva a aceptar la existencia de una vulnerabilidad biológica específica, al igual que en la disforia premenstrual. Durante los primeros días postparto disminuyen las tasas de estrógeno y progesterona y se realizan cambios en el metabolismo del cortisol. Además, hay un estado hipotiroideo que puede durar hasta un año. Son factores de riesgo para la depresión puerperal: antecedentes personal o familiar, estertores durante el año previo,

ambivalencia, conflicto conyugal, falta de apoyo social y familiar, hipotiroidismo, factores obstétricos, mala salud del niño, falta de experiencia en la crianza, mala relación de la mujer con su propia madre, estatus socioeconómico bajo. El puerperio, una etapa de alta vulnerabilidad psicológica para la mujer, se define como un periodo de 45 días después del parto, pero los psiquiatras convenimos en considerar puerperal todo el desorden que aparece hasta un año después del parto. En esta etapa ocurre una gama de alteraciones emocionales que van de la tristeza materna hasta la depresión mayor con manifestaciones psicóticas. El autor concluye que la atención integral del embarazo y el parto debe incluir la evaluación del estado emocional de la mujer, pues las alteraciones depresivas son comunes y tiene serias repercusiones sobre el bienestar de la madre y el infante. Medidas de soporte y psicoeducación han demostrado ser útiles en el manejo de los síntomas, aunque en el caso de presentarse desordenes depresivos bien caracterizados es imprescindible buscar la atención especializada.

En otra investigación realizada por Roque (2010); titulado “*Prevalencia de depresión postparto y sus factores de riesgo*”, afirma que se tiene como antecedente que durante el embarazo y el puerperio son frecuentes los cambios emocionales que pueden ocasionar sentimientos de tristeza, ansiedad o temor. En la mayoría de las mujeres, estos sentimientos denominados “tristeza materna desaparecen rápidamente, si no ocurre así empeoran y se catalogan como depresión postparto. Cuyo objetivo fue determinar la prevalencia de tristeza materna y sus factores asociados. El método de estudio fue transversal en el que se captaron mujeres durante el puerperio inmediato. Mediante interrogatorio directo se aplicó la escala de Edimburgo para determinar tristeza materna. Otros datos registrados fueron: edad, escolaridad, embarazos, hijos muertos, episodios de depresión, antecedentes de alteraciones del sueño y si el embarazo fue planeado. El análisis estadístico incluyó media aritmética, valores porcentuales, prueba de la ji al cuadrado y de la t de student; y análisis de regresión logística para determinar los factores asociados con la tristeza materna. Se asignó un valor alfa de 0.05. Los Resultados fueron de 1,134 mujeres, 21(1.8%) tuvieron diagnóstico de tristeza materna. Los factores significativos relacionados con ésta fueron: el antecedente de hijos muertos, p menor que 0.002; episodios de depresión, p menor que 0.001; y alteraciones en el sueño, p menor que 0.003. El autor concluye que la frecuencia de tristeza materna es baja en

nuestra población. Los factores asociados con este padecimiento pueden identificarse durante el control prenatal para proporcionar atención especial a estas mujeres, y así prevenir las complicaciones resultantes.

Encontramos que en un estudio de investigación realizado por Aramburu (2004); sobre *“Prevalencia y factores asociados a depresión postparto en mujeres atendidas en establecimientos de salud del primer nivel de atención en Lima Metropolitana, junio 2004”*, Cuyo objetivo fue determinar la tasa de prevalencia de depresión postparto en madres de uno a seis meses de periodo postparto atendidas en establecimientos de salud del primer nivel del Ministerio de Salud en Lima Metropolitana; determinar además los factores socio demográficos y ginecoobstétricos asociados a ésta. Seleccionaron mujeres en edad fértil, púerperas de Lima Metropolitana que acudían para control postnatal durante el mes de junio del 2004 a los puestos y centros de salud del ministerio de salud. El autor utilizó el inventario de predictores de depresión postparto y la escala de depresión postnatal de Edimburgo como herramientas de tamizaje. Si el puntaje obtenido era mayor de diez se procedía a la entrevista clínica estructurada para desórdenes de depresión postparto con el objetivo de confirmar el diagnóstico. Los resultados fueron que entrevistaron a 261 madres, con un promedio de edad de 27 años. La prevalencia de depresión postparto diagnosticada por medio del test de Edimburgo fue de 33% y con la entrevista semiestructurada se confirmó una prevalencia de 24.1%. Se encontró además que el 60.9% presentaron factores estresantes, el 8.4% tenían baja autoestima, 23.8% no percibían apoyo social y 50% tuvieron blues postparto. El autor concluye que encontró una tasa de prevalencia de depresión postparto en Lima Metropolitana de 24%. Los factores ginecoobstétricos y el estatus socioeconómico son factores de riesgo moderado para el desarrollo de depresión postparto. Es de importancia reconocer los factores relacionales/satisfacción marital y psicosociales como factores de alto riesgo para el desarrollo de depresión postparto en mujeres dentro de los primeros meses.

En otra investigación realizada por Escobar (2009); bajo el titulado *“Depresión postparto: ¿se encuentra asociada a la violencia basada en género?”*, refiere que la depresión postparto y la violencia basada en género son patologías muy frecuentes en

la mujer; la importancia de un diagnóstico y tratamiento oportuno radica en evitar las consecuencias a futuro en la mujer, el recién nacido y la familia en general. Cuyo objetivo fue determinar la asociación entre depresión postparto y la violencia basada en género. El diseño fue exploratorio, de corte transversal. El lugar fue el Hospital Nacional Docente Madre-Niño San Bartolomé, Lima-Perú. Los participantes fueron mujeres puérperas. Las intervenciones que realizó fue que se aplicó una ficha de datos sociodemográficos y del parto, la escala de Edimburgo, el inventario revisado de factores predictores de depresión postparto y el instrumento de detección de violencia basada en género a 100 mujeres, de 1 a 12 meses de tiempo puerperal. Los resultados fueron que la asociación entre depresión postparto y violencia basada en género. La tasa de depresión postparto fue 17%, encontrando diferencias estadísticas al compararla con autoestima, depresión previa al embarazo, ansiedad durante la gestación, satisfacción marital y eventos estresantes durante la gestación. El 51% fue víctima de violencia basada en género, siendo la más frecuente la forma psicológica. Se halló diferencias estadísticas entre depresión postparto y violencia basada en género ($p=0,001$), así como, diferencias estadísticas entre depresión postparto y violencia durante la gestación, encontrando un OR de 5,5 (IC: $< 5,5; 16,7>$). El autor concluye que las mujeres víctimas de violencia tienen riesgo elevado de sufrir depresión postparto.

En otro estudio de investigación realizado por Toranzo (1992); cuyo trabajo lo encontramos en una revista científica, cuyo título es “*Efectos de un programa preventivo prenatal para la depresión puerperal en primigesta*”, refiere que se presentan y analizan los resultados de un programa preventivo prenatal para la depresión puerperal. La muestra estuvo constituida por 104 gestantes primíparas asignadas al azar a un grupo control y experimental. Los efectos del programa fueron evaluados mediante el Inventario de Depresión Beck. Alrededor del quinto mes de gestación se aplicó un programa preventivo de la depresión puerperal al grupo experimental y un programa placebo al grupo control. Los resultados indicaron que el grupo experimental presentaba significativamente menor depresión con relación al grupo control ($p<0,05$). Considerando que la muestra no es muy grande, el autor recomienda realizar estudios multicéntricos con la finalidad de desarrollar programas preventivos a nivel nacional.

A NIVEL LOCAL:

En nuestra región de Puno no se evidencia ningún trabajo de investigación relacionado con la depresión postparto, en la Universidad Nacional del Altiplano, en la Facultad de Enfermería se ha encontrado trabajos sobre las características bio-psico sociales de las puérperas. Así:

Errera (2002) en su estudio titulado “*Características bio-psico-sociales de las adolescentes puérperas del Hospital Regional Manuel Núñez Butrón- Puno-2002*”, cuyo objetivo fue identificar las características bio-psico-sociales de las adolescentes puérperas del Hospital Regional Manuel Núñez Butrón, Puno-2002. El tipo de estudio fue descriptivo, transversal. La muestra estuvo constituida por 46 adolescentes hospitalizadas en el servicio de ginecoobstetricia durante los meses de octubre- noviembre del 2002. La técnica de investigación fue la entrevista y la observación, como instrumento que utilizó la guía de la técnica. El autor concluye que el 52,2% de las adolescentes puérperas entre los 15 a 17 años tienen un hijo. Respecto a las características psicológicas, el 70.0% de las adolescentes puérperas no se comunican verbalmente con el recién nacido, tampoco desarrollan la comunicación gestual. Dentro de los factores sociales: el 65.2% de las adolescentes puérperas son estudiantes, esta misma proporción es soltera, el 65.2% tiene nivel de escolaridad secundaria incompleta. Los resultados determinan que la adolescente puérpera necesita de una educación individualizada con la finalidad de mejorar la relación entre la madre y el recién nacido, porque es el periodo en que las puérperas adolescentes atraviesan múltiples y diversas emociones, y así valorar y comprender el significado de la vida del hijo que ha concebido; para tal fin deberá establecerse mecanismos que garantizan efectivamente un apoyo al proceso de maduración afectiva. Este propósito ha implicado la creación de un ambiente educativo que permite y facilita unas buenas relaciones entre adolescentes, padres, personal de salud y directivas de forma constructiva, respetuosa e igualitaria, puesto que el tipo de desarrollo afectivo que logren las adolescentes dependerá en gran medida el grado de autonomía y compromiso con la que asumirán los proyectos con sus hijos.

La problemática planteada y los escasos estudios sobre las consecuencias que puede conllevar la depresión postparto en las puérperas motivan a formular la siguiente interrogante de investigación:

1.3. FORMULACIÓN DEL PROBLEMA:

¿CÓMO ES LA DEPRESIÓN POSTPARTO EN PUÉRPERAS PRIMÍPARAS Y MULTÍPARAS DEL ESTABLECIMIENTO DE SALUD I-3 JOSÉ ANTONIO ENCINAS, PUNO-2014?

1.4. IMPORTANCIA Y UTILIDAD DEL ESTUDIO O JUSTIFICACIÓN:

El presente trabajo de investigación mediante la aplicación de la escala de depresión postparto de Edimburgo, contribuye a detectar si tiene depresión postparto; por esta razón es el método más confiable de evaluación del trastorno del ánimo durante el puerperio, implica un proceso de dos etapas. Primero haciendo uso de esta escala para luego derivar a evaluación por especialistas a través de entrevistas estandarizadas de diagnóstico a aquellas mujeres que obtengan puntajes altos.

Asimismo, se puede aplicar e incluir dentro de los exámenes de rutina de la gestante, porque el test es práctico, sencillo, comprensible y se puede modificar de acuerdo a nuestra realidad. A través del test permitirá tomar decisiones, detectar a tiempo, y a la vez se puede intervenir para prevenir consecuencias en el estado de salud de la madre como del niño.

Finalmente, dicho estudio servirá para fortalecer la línea de investigación y motivar el interés de los profesionales del área de salud para trabajar en forma holística y multidisciplinaria por la salud del bienestar del binomio madre- niño.

II. MARCO TEÓRICO Y CONCEPTUAL:

2.1. DEPRESIÓN POSTPARTO:

2.1.1. DEFINICIÓN DE DEPRESIÓN:

Desde los tiempos de Hipócrates, los clínicos notaron una asociación entre los trastornos del humor y el período posterior al parto. Para Hipócrates, la depresión se debe a desequilibrios en la secreción de bilis o bien a una mala combustión de esta sustancia dentro del organismo la cual daría lugar a restos tóxicos. Esta concepción humoral de los trastornos mentales se conservó hasta siglo XIX, momento en el cual se comienza a utilizar la palabra “depresión” como término diagnóstico. Celso y Galeno también dejaron constancia en sus escritos de observación es propias de alteraciones mentales postparto. El cambio conceptual lo proporciona el psiquiatra alemán Kraepelin a finales del siglo XIX; cuando habló entre el vínculo existente entre algunos trastornos mentales y la maternidad. El término de psicosis puerperal apareció por primera vez en Fürstner en 1875. Comprendía el 14% de los ingresos femeninos en clínicas psiquiátricas, en aquella época.

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

2.1.2. DEPRESIÓN POSTPARTO:

Se considera depresión postparto a cualquier enfermedad depresiva no psicótica que ocurre en la madre durante el primer año después del nacimiento. Consiste en una fuerte vulnerabilidad a la depresión que empieza de manera importante entre las cuatro y las seis semanas postparto.

Gabbe y Niebyl (2004); refiere que la incidencia de depresión postparto mayor varía del 8% al 20%. Este trastorno afectivo se produce después de embarazos de diferentes duraciones, desde abortos espontáneos a partos a término. La depresión varía de leve a una depresión suicida. Puede producirse en cualquier momento hasta un año postparto. Los síntomas inician en la mayoría de los casos en las primeras cuatro a seis semanas después del parto. Pitt fue el primero en documentar la incidencia de depresión neurótica en el puerperio. Este autor encontró que el 11% de los pacientes estudiadas a las 28 semanas de gestación y seis semanas después del parto desarrollaron nuevos casos de depresión durante el periodo postparto. Se ha investigado mucho en un esfuerzo por clasificar la etiología de la depresión postparto. Los niveles de estrógenos, progesterona, prolactina y cortisol no son diferentes en mujeres que padecen depresión con respecto a controles. Sin embargo, en mujeres con depresión postparto pueden producirse cambios en el eje hipotálamo-hipófisis-suprarrenal, incluyendo la hormona liberadora corticotropina. En un estudio de 128 mujeres seleccionadas al azar y entrevistadas en varias ocasiones durante sus embarazos y durante un año después del parto. Watson y col encontraron que la depresión postparto era menos frecuente en pacientes con una historia psicológicamente normal y un embarazo no complicado. Estos autores también confirmaron la falta de asociación entre depresión postparto y clase social, estado matrimonial y paridad.

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

Reeder y Col (1995); refiere que la mujer muestra diversas respuestas emocionales durante el puerperio que pueden fluctuar de una sensación melancólica hasta una

depresión más profunda que incapacita a la madre e incluso le produce reacciones psicóticas, puede suscitarse a los pocos días del parto o tal vez que no se determine como tal durante varios meses. La mujer sufre una sensación profunda y persistente de pérdida y tristeza aunada a angustia, irritabilidad, dificultades para dormir, falta de apetito, culpa, hipocondría y en ocasiones fobias. Este tipo de depresión persiste alrededor de un año después del parto. Las mujeres pueden presentar muchos de los síntomas mencionados pero además tienen sentimientos de impotencia, futilidad, vacío y soledad después del parto. Puede ocurrir episodios psicóticos transitorios con sensación de perder el control, temor de enloquecer y periodos de la despersonalización y desorientación, aunque mantenga contacto con la realidad. Pueden también suscitarse casos de maltrato y descuido o abandono del recién nacido y el suicidio representa un riesgo potencial.

Es importante diferenciar la reacción depresiva puerperal de la depresión postparto. La reacción depresiva puerperal, conocida también como baby blues es común y afecta del 30 al 75% de las mujeres que acaban de tener un hijo. Esta forma de cambios de humor en el postparto se debe, principalmente a la súbita caída hormonal, es de alivio espontáneo y no requiere tratamiento específico, más allá de la educación y el apoyo familiar.

Sin embargo en un estudio de investigación por Gonzales MJ, Lailla VE (2013); manifiesta que el estado general y psiquismo en el puerperio, la atención de este aspecto de la puérpera es importante y con frecuencia no se le dedica el tiempo que merece. Más del 50% de las puérperas presentan lo que se conoce como estado de melancolía (maternityblue), que inicia entre el tercer y el quinto días del postparto. Se caracteriza por una tristeza blue, acompañada de labilidad afectiva; llora con facilidad durante un corto periodo de tiempo y se recupera con rapidez, pero transcurrido algún tiempo se repite el lloro; esta irritable y con frecuencia tiene insomnio. Se supone que el descenso de la progesterona, que ocurre tras el parto, desempeña algún papel en el desencadenamiento del cuadro, aunque es probable que influyan otros factores como la preocupación por el trabajo que le espera al regresar a casa, junto con sus ocupaciones habituales, el cuidado del niño y otros factores no bien conocidos. Es un trastorno leve que suele ceder con unos días, pero requiere una rigurosa vigilancia, proporcionando a la puérpera un apoyo psicológico, haciéndole saber que es una alteración leve que pronto se desaparecerá sin dejar secuelas. En principio no requiere tratamiento farmacológico, pero a veces puede evolucionar hacia depresión o psicosis. Entonces la depresión postparto tiene un efecto significativo en la salud del neonato porque es frecuente que sufra diversas formas de abandono o alejamiento afectivo. Además de la causa endocrina de la depresión postparto, sus síntomas centrales se refieren a problemas de auto percepción y conflicto psicosocial. Algunos de los cambios emocionales son: tristeza, llanto fácil,

ansiedad, pensamientos obsesivos, enojo, irritabilidad, aislamiento, sentimiento de soledad, culpa, desinterés por las cosas y cansancio, entre otros.

El embarazo y el nacimiento son grandes transiciones del ciclo vital que afectan a la mujer, al bebé y al resto de la familia. Es un periodo de adaptaciones, de cambios emocionales y psicológicos. Así como el embarazo y el parto son acontecimientos vitales de gran importancia en el desarrollo de los núcleos familiares, pueden ser una etapa de enorme estrés y desequilibrio en algunos casos. Aunque el período de postparto es el de mayor riesgo para desarrollar trastornos emocionales, estos problemas a menudo no se detectan. De ahí la importancia de un adecuado control prenatal y perinatal, con el fin de prevenir y captar de forma oportuna aquellas patologías que afectan directamente tanto a la madre como al niño, lo cual podría generar un riesgo aumentado de morbilidad y mortalidad en ambos. Tradicionalmente se sostenía que el embarazo y el puerperio se asociaban habitualmente a un estado de bienestar emocional de la mujer, pero en las últimas décadas se ha demostrado que frecuentemente se presentan modificaciones caracterológicas, síntomas depresivos y/o ansiosos específicos, en un 30 a 40% de las gestantes.

2.2. PUERPERIO:

Botero (2008) afirma que el puerperio (puer, niño y parere, producir) se define como el periodo que va desde el nacimiento hasta la sexta semana del postparto. Durante este tiempo ocurren múltiples cambios fisiológicos, anatómicos y psicológicos que lleva a la mujer a regresar a un estado similar al que tenía previo a la gestación. Este periodo también se considera de riesgo pues existen potenciales complicaciones como las infecciones y las hemorragias que pueden acarrear una morbilidad importante e incluso la muerte de la puérpera.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) considera como período puerperal hasta seis semanas del postparto. El postparto o puerperio, es definido, como el periodo de tiempo que se extiende desde el final del alumbramiento o tercera etapa del trabajo de parto. Durante el mismo, las modificaciones gravídicas de los órganos y sistemas maternos retornan al estado previo del embarazo. Se acepta que tiene un periodo de duración de 45 días o seis semanas posteriores al alumbramiento.

Sin embargo en un estudio de investigación en Perú sobre “Trastorno Depresivos del Embarazo y Puerperio” Rondón (2005); menciona que el puerperio, una etapa de alta vulnerabilidad psicológica para la mujer, se señala como un periodo de 45 días después del parto, pero los psiquiatras convienen en considerar puerperal todo el desorden que aparece hasta un año después del parto. En esta etapa ocurre una gama de alteraciones emocionales que van de la tristeza materna hasta la depresión mayor con manifestaciones psicóticas.

Así mismo en un estudio de investigación en Chile sobre “Periodo postparto” Díaz (2006), refiere que es necesario presentar una definición más amplia de la duración del postparto, que incluya los aspectos biológicos y psicosociales que caracterizan este periodo. Si bien la madre experimenta la recuperación de su aparato genital en las primeras semanas, no pasa lo mismo con los aspectos fisiológicos, endocrinológicos y nutricionales. Mientras una mujer está amamantando, permanece en un estado endocrinológico muy diferente al del embarazo y que difiere también de su condición previa al embarazo. Al mismo tiempo, se mantiene una demanda nutricional semejante a la del embarazo debido a la secreción de leche. Además, su forma de vida experimenta cambios profundos en relación a las demandas de afecto y cuidado del niño/niña. Por eso, debe considerarse como postparto todo el periodo que la madre necesita para recuperar la condición endocrina y nutricional que tenía antes de embarazarse y toda la etapa de transición en que el niño o niña es tan dependiente de la madre. Este periodo es variable y puede durar algunos meses y aún más de un año si la lactancia es prolongada.

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS) define las etapas del puerperio son:

ETAPAS DEL PUERPERIO: Este periodo se divide de acuerdo con el tiempo que ha pasado con respecto al parto.

Puerperio inmediato: Comprende las primeras 24 horas luego del parto y en este periodo actúan los mecanismos hemostáticos para controlar el sangrado uterino.

Puerperio mediato: Este abarca desde el segundo día hasta el décimo, en este inicia la lactancia propiamente dicha.

Puerperio tardío: Va del día 11 al 45 y se considera que este aumento puede retornar la ovulación.

3.2.1. CAMBIOS ANATÓMICOS Y FISIOLÓGICOS QUE OCURREN DURANTE EL PUERPERIO:

FENÓMENOS DE INVOLUCIÓN UTERINA: el útero sufre una reducción rápida en volumen y peso, disminuye de 32 a 30 cm. que mide al final de la gestación a unos 7 a 8 cm. y mide de 150gr. a 60-80gr. de peso. las fibras musculares hipertrofiadas del miometrio comienza a recobrar su longitud normal y desaparecen también numerosas fibras neoformadas en la gestación, este fenómeno se produce exagerado y así el número de fibras musculares que desaparecen es mayor a la neoformadas, esto explica la tendencia a predominio del tejido conjuntivo en el útero de grandes múltiparas.

ENDOMETRIO: durante los primeros 25 días de puerperio se produce la cicatrización espontanea del endometrio, es espontanea porque la cicatrización es independiente de los estímulos hormonales conocidos. el endometrio crece discretamente en espesor y esto si es dependiente del estímulo estrogénico. después de 40-45 días tras el parto, reaparece la primera menstruación aunque este primer ciclo, suele ser anovulador. si la madre da lactancia el endometrio permanece en reposo, sin estímulos hormonales o con estímulos insuficientes. lo más frecuente es que no exista ciclo genital ni menstruación durante la lactancia, aunque no siempre es así.

CICATRIZACIÓN: el cuello uterino, vagina, vulva, himen y peritoneo suelen cicatrizar de modo rápido si existe buena higiene durante el puerperio. la cicatrización del himen nunca es perfecta, pierde uniformidad y sus retos se llaman carúnculas multiformes.

NORMALIZACIÓN HORMONAL: los estrógenos cuya concentración plasmática había aumentado unas mil veces en la gestación, se normalizan a los 3 a 4 días del parto, la progesterona a los 10 días, la gonadotropina y el lactógeno placentario son indetectables a los 8 a 10 días. la hormona tiroidea y el cortisol se vuelven normal a los 6 a 8 días.

ENTUERTOS: son contracciones uterinas dolorosas propias del puerperio. se presentan con mayor intensidad en las primeras horas y más en múltiparas que en primíparas. también aumenta la intensidad de los entuertos la lactancia por la liberación de oxitocina. no es aconsejable la administración de inhibidores de la concentración uterina porque se facilita la pérdida hemática, sin embargo si puede precisarse tratamiento analgésico.

LOQUIOS: pérdidas que fluyen por los genitales externos durante el puerperio, es la suma de exudado producido en la regeneración endometrial, las secreciones cervicales y el exudado de los desgarros en fase de cicatrización. los loquios tienen un olor característico pero en condiciones normales no son fétidos, si así lo fueran indicarían un proceso inflamatorio en el canal del parto.

CALOSTRO: secreción expulsada a través del pezón rica en minerales, proteínas e inmunoglobulinas y pobre en lactosa y ácidos grasos, dura aproximadamente los cinco primeros días. las hormonas en la lactancia son:

la prolactina, que favorece la producción de leche que se queda en el alveolo mamario.

la oxitocina, que produce eyección de leche estimulada por la succión del niño.

INGURGITACIÓN MAMARIA: las mamas aumentan de tamaño y su temperatura, esto va seguido de una reacción febril que se puede superar los 38°C ni las 24 horas en tiempo. la ingurgitación se debe a la gran vasodilatación producida en los vasos mamarios, y en los conductos linfáticos que se llenan de sangre entre el segundo y cuarto día.

SIGNOS VITALES: no han de variar en el puerperio. si la presión arterial varía podríamos pensar en algo patológico. frecuencia cardíaca, puede aparecer una bradicardia ligera. las púerperas que lactan, pueden presentar febrícula entre el 21 y 31 día postparto que no han de durar más de 24 horas.

Pueden sugerir problemas: retención urinaria con lo cual podría perjudicar a que el útero involucre bien, favorece una infección y producir molestias en la mujer.

APARATO DIGESTIVO: Tener en cuenta que en la 21 semana postparto la motilidad y el tono gastrointestinal vuelven a su estado normal.

CAMBIOS PSICOLÓGICOS: Durante el postparto los requerimientos del recién nacido junto con los cambios endocrinos se asocian con un periodo de estrés; la latencia del sueño y el número de despertares está aumentado. El deseo sexual está disminuido y puede tardar meses para reaparecer; esto se asocia con la fatiga, el tiempo de dedicación al bebé, la depresión y otros factores. Se recomienda el inicio de la actividad sexual una vez que la pareja se sienta lista.

En el puerperio la mujer experimenta muchos cambios que aunque son normales, no por ello dejan de ser en algunos casos estados físicos y psicológicos potencialmente

peligrosos. Los reajustes psicológicos, pueden amenazar la salud mental y la estabilidad familiar.

2.3. ETIOLOGÍA DE LA DEPRESIÓN POSTPARTO:

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

FACTORES BIOLÓGICOS: Entre los aspectos hormonales, se debe resaltar que el período postparto se caracteriza por un rápido cambio en los niveles circulantes de diferentes hormonas. Durante el embarazo, los niveles de estrógenos (estradiol, estriol y estroma) y de progesterona presentan un aumento constante que, en parte, es el resultado de la producción placentaria de estas hormonas. Con la pérdida de la placenta durante el parto, los niveles de progesterona y estrógenos caen de manera abrupta y alcanzan los niveles previos al embarazo hasta el quinto día del postparto. (Miller LJ, 2002).

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

La síntesis del estriol resulta de la actividad metabólica del hígado fetal; éste se produce en altas concentraciones durante el embarazo. Los estudios en animales han demostrado que el estradiol incrementa la acción neurotransmisora de la serotonina, al aumentar su síntesis y disminuir su recaptación. La brusca disminución en los niveles de estradiol posterior al postparto, podría explicar teóricamente la depresión postparto. Sin embargo, si se comparan las mujeres con depresión con aquellas sin depresión, algunos estudios no han mostrado una asociación significativa entre los niveles de estradiol total y estriol libre entre el final del embarazo y el puerperio. (Pearson Murphy BE, 2001).

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

HORMONAS TIROIDEAS: La incidencia de la función tiroidea anormal aumenta levemente después del parto. En los seis meses posteriores al parto, las mujeres experimentan algún tipo de disfunción tiroidea, entre un 7 y 23 % comparado con un 3 a 4% en la población general. Aunque la disfunción tiroidea no ha sido identificada como un factor determinante en la mayoría de mujeres que desarrollan depresión postparto sin psicosis, puede jugar un papel importante en un subgrupo de mujeres. Un estudio prospectivo de 303 mujeres embarazadas, eutiroides, muestra que 21 mujeres (7%) desarrolló trastornos tiroideos postparto. La depresión postparto sin psicosis se identificó en 38% de esas mujeres y se resolvió con posterioridad al tratamiento. Durante el puerperio, algunas mujeres sin una clara disfunción tiroidea pueden tener algún grado de patología tiroidea. Se han encontrado anticuerpos tiroideos en 11,6% de las mujeres en el postparto. El efecto inmunosupresor de los niveles altos de cortisol durante el embarazo puede ser seguido de un fenómeno inmune de rebote después del parto, lo cual produce una alta incidencia de anticuerpos antitiroideos.

CORTISOL: Los niveles de cortisol registran su pico máximo al final del embarazo debido a la producción placentaria de corticoliberina (CRH), niveles que caen bruscamente en el momento del parto. Diversos estudios no han podido demostrar la asociación entre el cortisol plasmático o urinario y la depresión postparto, por cuanto estas mediciones carecen de valor diagnóstico dado que dichos niveles se encuentran fisiológicamente elevados en el embarazo y en el postparto.

Algunos autores sugieren que los altos niveles de cortisol que se registran durante el embarazo, como resultado de la producción de CRH, después del parto producen supresión en la glándula suprarrenal y si ésta es demasiado sostenida y grave, puede contribuir a los cambios en el estado de ánimo. Para SitD y cols; 2006) existen además de las alteraciones hormonales, otras condiciones médicas relacionadas con el puerperio: infecciones, fármacos (escopolamina, meperidina), toxemia pérdidas de sangre, etc, que pueden tener un papel en el desarrollo tanto de la depresión como la psicosis postparto.

FACTORES PSICOSOCIALES: Madres solteras y primíparas (mayor riesgo), reducción del apoyo socio familiar en el período perinatal, la relación con la pareja y con la propia madre.

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

El riesgo más alto es el haber sufrido un episodio previo de psicosis postparto. Estas pacientes tienen hasta un 70% de probabilidades de sufrir un nuevo trastorno severo en un embarazo subsiguiente. De manera similar, aquellas mujeres que desarrollan depresión postparto muestran un índice de recurrencia de hasta 50%. Mujeres con trastornos bipolares muestran también un riesgo comparativamente elevado de desarrollar cualquier trastorno severo en el puerperio, y en el embarazo más si se suspenden los estabilizadores del estado de ánimo.

Según la Rondón (2005); “Desafortunadamente, hay estudios que señalan que los médicos no diagnostican adecuadamente los trastornos emocionales en la gestación y que las propias familias niegan la existencia de un trastorno, atribuyéndolo a cambios normales”. Lo que sabemos actualmente es que el bienestar emocional durante la gestación es un asunto bastante habitual que no se presta a generalizaciones derivadas de las teorías psicodinámicas clásicas, sino que más bien se relaciona con:

Estabilidad emocional previa

Actitudes hacia la feminidad

La relación con la madre

La relación con el esposo

La preparación para las tareas de la crianza

Enfermedad mental previa

Presencia de otros niños

Apoyo práctico

Aborto inducido previo

Vargas (2009) afirma que la mayor parte de la investigación sobre la depresión postparto ha buscado causas biológicas o psicosociales de ella, tales como cambios hormonales, edad maternal y número de alumbramientos, historia psiquiátrica, atmósfera marital, etc. Al momento se le ha dado poca consideración al impacto del contexto cultural del periodo postparto como causa de la depresión, factores tales como la organización de la familia y el grupo social, el papel de las expectativas de la propia madre y de las que pudieran mostrar otros familiares o personas significativas, etc. Si revisamos la literatura antropológica sobre los nacimientos encontraríamos que existen elementos comunes en la estructuración social del periodo postparto en diferentes culturas. Esto nos permite suponer que la experiencia de la depresión postparto se exagera y se potencializa por factores socioculturales. Aunque la depresión postparto es un trastorno tratable, muchas mujeres que lo padecen no reconocen tener este problema. Un estudio realizado en mujeres con depresión postnatal (Whitton, Warner & Appleby, 1996) mostró que cerca del 90% se percató que algo andaba mal, sin embargo menos del 20 % reportó sus síntomas ante algún médico. De esta muestra, solo un tercio consideró tener una depresión postparto. De acuerdo con los datos de otro estudio (Walter, 1997), se estima que solo el 20% de las pacientes con este desorden reciben un manejo de salud mental. Los individuos restantes permanecen sin diagnóstico, están mal diagnosticados o no buscan ninguna asistencia médica. Así, la incidencia de la depresión postparto resulta muy variable, en un rango entre 30 y 200 casos por cada 1000 nacimientos (3– 20%), con una estimación de una tasa de recurrencia de entre 10 y 35%. La depresión puede ocurrir en cualquier momento después del parto, frecuentemente luego que la mujer ha regresado a su hogar desde el hospital. Los síntomas pueden durar desde unas pocas semanas hasta varios meses: cerca del 4% de los casos persisten por un año. Las mujeres con los decrementos más bruscos tienen más probabilidades de reportarse como deprimidas durante los primeros 10 días después del parto. También se ha notado una relación entre estas rápidas caídas de los estrógenos luego del parto y marcados decrementos de los niveles de triptófano en plasma, mismos que correlacionan con el diagnóstico de depresión. No obstante esto, la mayoría de los investigadores están de acuerdo en afirmar que las hormonas no están directamente relacionadas con la depresión postparto. Por ejemplo, algunos afirman que “no hay sustento para asociar directamente la progesterona y el tono emocional postnatal” (Harris et al, 1996). Un campo de investigación más reciente se refiere a la actividad de la prolactina durante el puerperio. Los niveles de prolactina forman una curva inversa a la de los niveles de estrógenos y progesterona durante el periodo postparto, por lo que razonablemente se

ha asumido que las madres que no amamantan a sus bebés y producen un rápido declive en su prolactina, podrían tener una depresión postparto. Este es un asunto que requiere de mayor investigación al momento. También ha sugerido que el número de partos es un factor asociado a la depresión postnatal. Diversas investigaciones han concluido que el nacimiento del primer hijo representa un estrés único y se correlaciona con la depresión de manera más fuerte, que en el caso del segundo o el tercer parto (Kruckman & Smith, 2008).

A su vez debe asistir al control de puerperio según MINSA (2004) establece el control de puerperio a los 7 y 30 días, con el objetivo de realizar la identificación de signos de alarma, resolver inquietudes con respecto a los cuidados en esta etapa, brindar consejería en planificación familiar, fomentar lactancia materna exclusiva y la identificación de factores de riesgo en el ambiente de la madre.

2.4. CUADRO CLÍNICO DE LA DEPRESIÓN POSTPARTO:

Según (Buist, 2006) En la depresión postparto los síntomas que presentan son:

ALTERACIONES EMOCIONALES: Son las más significativas, tristeza, anhedonía, astenia, adinamia, llanto fácil, progresiva del rendimiento y al abandono de las actividades habituales, sobre todo aquellas que requieren una iniciativa personal.

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

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

IRRITABILIDAD: La irritabilidad con frecuencia acompaña a la sensación de tristeza. La paciente puede estar irritable con sus otros hijos y ocasionalmente incluso

con el recién nacido, aunque la mayoría de las veces lo está con su marido quien no suele comprender qué es lo que está pasando.

FATIGA: Todas las nuevas madres se sienten un poco abrumadas y fatigadas, pero la madre con depresión postparto se siente tan agotada que llega a pensar que padece alguna enfermedad física.

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

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

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

DESBORDAMIENTO: Las madres con depresión postparto tienen la sensación de no disponer de tiempo para nada, de no hacer nada bien y de no poder hacer nada para remediarlo. A estas pacientes les resulta realmente difícil el establecer nuevas rutinas para poder hacer frente al bebé y a la nueva situación que viven.

ANSIEDAD: Suele ser aguda y se puede presentar en forma de temor a quedarse sola con el bebé por miedo a que este grite, no quiera comer, se ahogue, se caiga o se haga daño de cualquier otra forma. Algunas madres deprimidas perciben a su bebé como un objeto. En vez de sentir que han dado a luz a la criatura más cariñosa y adorable del mundo se sienten distantes de su hijo, al cual perciben como un pequeño ser misterioso y extraño, cuyos pensamientos (de tener alguno) son insondables y cuyas necesidades y emociones deben ser en algún modo satisfechas. La tarea de la

nueva madre deprimida que todavía no se ha "enamorado" de su hijo es realmente dura. No obstante, el amor surge al final, cuando el niño es mayor y más interesante.

Medina (2013) en su estudio titulado "Diferencias entre la depresión postparto, la psicosis y la tristeza postparto", el cuadro clínico de la depresión postparto son:

Estado de ánimo deprimido

Tristeza o llanto persistente

Disminución del interés o de la capacidad para disfrutar de casi todas las actividades.

Cambios en los patrones de alimentación y sueño (principalmente insomnio).

Cansancio o fatiga crónica.

Ansiedad que puede llegar hasta los ataques de pánico.

Sentirse abrumada, indefensa e incapaz.

Autodesvalorización y autorreproche, generalmente relacionados a su competencia como madre.

Dificultad, reticencia o imposibilidad de buscar ayuda y apoyo para sí misma.

Irritabilidad, problemas de atención, concentración y memoria.

Dificultad para vincularse con él bebe.

Sentimientos de ambivalencia hacia el hijo.

Sobrepotección del menor.

Dificultades y/o imposibilidad de cuidar al recién nacido.

Pensamientos obsesivos y conductas compulsivas, relacionados con el hijo (p.ej. revisar constantemente cuando está dormido para ver si respira) y con su cuidado (p. ej. lavar y desinfectar varias veces sus artículos).

Pensamientos negativos hacia él bebe, especialmente creer que lo puede dañar.

Sentimientos de culpa.

Pensamientos de dañarse a sí misma o al bebe.

Pensamientos atemorizantes.

Ideación suicida.

Sin embargo, la depresión postparto puede desarrollarse aun cuando el amor por el recién nacido sea intenso. En estos casos, la madre teme desesperadamente perder a su precioso bebé por no cuidarlo bien, porque no se desarrolle adecuadamente, por una infección o bien teme que muera súbitamente. Un simple catarro puede causar una gran preocupación. La madre puede obsesionarse con el peso del bebé y alarmarse si llora demasiado o incluso si pasa mucho tiempo en silencio, llegando a pensar: ¿habrá dejado de respirar. Es frecuente que la puérpera desee ser constantemente tranquilizada por su pareja, su familia, su médico o cualquier otra persona.

La ansiedad también puede hacer a la madre preocuparse por su propia salud. Puede sentir pánico cuando su pulso se acelera o si tiene alguna palpitación, llegando incluso a pensar que tiene algo malo en el corazón o que está al borde de un accidente cerebrovascular. En ocasiones se siente tan debilitada que piensa que tiene alguna enfermedad terrible y que nunca volverá a tener energía de nuevo. Estas sensaciones extrañas e inusuales le harán plantearse la pregunta ¿Me estoy volviendo loca?. El temor de quedarse sola con todas estas preocupaciones puede dar lugar a que incluso la mujer más capaz se sienta tan indefensa que no desee que su marido vaya al trabajo.

2.5. FACTORES DE RIESGO DE LA DEPRESIÓN POSTPARTO:

Botero (2008); define la prevalencia cambia de acuerdo a las culturas y parece ser más baja en culturas con soportes sociales más fuertes (ayudan al cuidado del bebe, alimentación, presencia de rituales que liberan ansiedad, culturalmente acostumbran retornar a la familia de origen durante el periodo postparto).

El aborto es un riesgo para la depresión mayor, sobre todo en mujeres con vulnerabilidad a sufrir una depresión el riesgo es dos veces el de un embarazo normal. Para ambos, aborto y mortinato, el riesgo es más alto en los primeros seis meses después de la pérdida del embarazo, en los nacimientos pre termino no se ha demostrado que la madre tenga un mayor riesgo para desarrollar una depresión postparto, pero si una mayor probabilidad de presentar un síndrome de estrés post-traumático.

Hay que tener presente que la depresión postparto afecta a mujeres de cualquier edad, nivel económico y raíces étnicas. El número de hijos que tenga la mujer no cambia las probabilidades de desarrollarla.

Rondón (2005); refiere que los factores de riesgo que se describen para la depresión prenatal son:

Antecedente personal o familiar de depresión, por lo que debemos preguntar minuciosamente, sobre todo respecto de los parientes mujeres.

Corta edad, tanto por la interrupción del crecimiento personal, como por la falta de experiencia que permita afrontar las nuevas demandas del rol.

Evento vital estresante reciente en los últimos doce meses, ya sea negativo o positivo.

Conflicto conyugal

Ambivalencia o rechazo frente al embarazo, siendo la ambivalencia más difícil de abordar en el manejo psicoterapéutico.

Falta de apoyo de cónyuge o familiares.

Mayor número de hijos.

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

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

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

Maroto (2004); concluye en su tesis de grado titulada “estudio de las evaluaciones médicas utilizadas para identificar a las mujeres con diagnóstico de depresión postparto en las publicaciones presentadas desde 1998 a 2003”, que las mujeres que presentan depresión postparto cuentan con antecedentes personales de trastornos afectivos. Añade que esta condición afecta al 10-15% de las madres primíparas y

suelen durar meses en remitir, por lo cual cuentan con un mayor riesgo de episodios depresivos recurrentes o eventualmente de una psicosis.

2.6. CONSECUENCIAS DE LA DEPRESIÓN POSTPARTO:

En la actualidad se cuenta con más de una veintena de estudios en los que se han documentado los numerosos efectos adversos asociados a la depresión postparto. Estas investigaciones han encontrado consecuencias negativas a nivel del vínculo madre-hijo (a) y el desarrollo infantil, tanto en términos emocionales, conductuales como cognitivos. Hall y Cols, por ejemplo, encontraron que los preadolescentes cuyas madres presentaron una depresión a los tres meses de tenerlos; es decir, sufrieron de depresión postparto, tuvieron coeficientes intelectuales significativamente más bajos que los niños cuyas madres no se deprimieron en ese período. En otro estudio, este grupo de investigadores dio a conocer una asociación entre depresión postparto materna y violencia en los hijos (as), aun considerando la depresión durante la gestación, su historia de depresión y las características de la familia. Los hijos (as) se mostraron más violento (a) si las madres habían estado deprimidas al tercer mes postparto y al menos en una ocasión más durante el seguimiento, el cual se extendió hasta 11 años después del parto. Pero la depresión puerperal no solo puede afectar el modo como la madre se relaciona con su hijo sino también la manera como lo percibe. Se ha visto que las madres deprimidas perciben más negativamente a sus hijos y que los consideran más difíciles de criar que las madres controles no deprimidas.

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

RECHAZO POR SU PROPIO HIJO: Si empieza a pasar el tiempo, donde el sentimiento es de mucha inestabilidad emocional, de mucho sentimiento de rechazo del bebé, eso puede producir una alteración en el vínculo madre hijo. Puede que le falte energía, tenga problemas para concentrarse, sea irritable, y no pueda llenar la necesidad de amor y afecto del bebé.

DESEO DE HOMICIDA: Esto vendría siendo el caso extremo y patológico del rechazo de una madre hacia su hijo.

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

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

Robinson (1995); refiere que el autor holandés actual, Klompenhouwer, define la psicosis postparto como un cuadro de psicosis confusional que se desarrolla en mujeres sanas en un período de dos semanas después del parto”. Dicho cuadro clínico se caracteriza por:

Rápidos cambios del nivel de conciencia, oscilando entre la perplejidad, la confusión y la desorientación, con intervalos lúcidos ocasionales.

Trastornos de la psicomotricidad (desde la agitación hasta el estupor), acompañados de alteraciones de la comunicación verbal (de asociaciones sonoras rápidas se puede pasar hasta el mutismo).

Oscilaciones de la afectividad (ansiedad alternando con felicidad estática), o trastornos afectivos más estables (depresión-manía).

Alucinaciones y pseudoalucinaciones, tanto auditivas como visuales, con percepciones anómalas que llevan a malas identificaciones e ilusiones.

Delirios y elaboraciones delirantes con un contenido típico, referido principalmente a la maternidad, el parto, el niño, la muerte, la destrucción.

Gran variabilidad y cambio del cuadro clínico a lo largo del tiempo: se ha denominado “caleidoscópico”.

Para Klompenhouwer, la psicosis postparto tiene tres grupos fundamentales de manifestaciones fenomenológicas: afectivo, esquizoafectivo y psicosis funcional inespecífica.

2.7. TRATAMIENTO DE LA DEPRESIÓN POSTPARTO:

Gabbe y Niebyl (2004); menciona que el tratamiento de la depresión postparto debe comenzarse precozmente. El tratamiento óptimo incluye tanto una serie de recomendaciones a la paciente como el uso de medicación. En el pasado se ha descrito la utilización de los antidepresivos triciclos (notriptilina o dispramida), pero estudios recientes sugieren que los inhibidores de la recaptación de la serotonina (fluoxetina, paroxetina o sertralina) son igualmente eficaces y tienen menos efectos colaterales. Estos agentes son considerados seguros para la lactancia. Otros tratamientos incluyen sustitutos de los estrógenos. En mujeres con un episodio anterior de depresión postparto, se ha sugerido comenzar tratamiento profiláctico o inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina (ISRS) a dos a tres semanas antes del parto este esquema permite que los fármacos logren un nivel eficaz en el periodo postparto si no hay ninguna respuesta rápida a las medidas generales de soporte y la medicación inicial, se recomienda una consulta al psiquiatra el pronóstico de la depresión postparto tratada es bueno, aunque los síntomas pueden persistir durante un año. Desgraciadamente la depresión postparto no tratada tiene consecuencias importantes la depresión puede progresar a una psicosis suicida franca. Se ha descrito en múltiples estudios que la depresión menos grave tiene efectos a largo plazo en los niños de madres deprimidas. Estos efectos incluyen cambios de comportamiento cognitivo y reacciones emocionales diferentes a niños de control. Vandenberg (2004); pone en énfasis en la importancia de la familia en la terapia de la depresión postparto. Estando física y emocionalmente agotada de las tensiones de embarazo y el parto, y sobre cargada por las demandas incesantes de su niño, la paciente puerpera puede ser incapaz de satisfacer las demandas de su marido y los otros niños. Esto reforzara su sentimiento de autoculpabilidad. La ayuda al marido y otros miembros de la familia a entender la naturaleza de la enfermedad de la paciente y la movilización de los recursos necesarios para proporcionar ayuda a la paciente en sus quehaceres domésticos y al cuidado de los otros niños ayudaran a revenir su sentimiento de atrapamiento y aislamiento.

Si una paciente tiene alto riesgo de depresión postparto o si aparecen en el postparto inmediato signos o síntomas sospechosos de su desarrollo, es obligatorio fijar la visita postparto antes de las seis semanas tradicionales. Una madre ligeramente deprimida experimentara a menudo tal culpa y turbación secundaria a su sentido de fracaso en su papel de madre que será incapaz de llamar a su médico o admitir los síntomas de su depresión. Por lo tanto debe programarse tiempo suficiente para explorar a fondo incluso los signos o síntomas más ligeros de depresión la visita domiciliaria en esta situación puede ser apropiada para evaluar al paciente.

Cuando una paciente llama y realiza una pregunta aparentemente inocua debe realizarse dos a tres preguntas abiertas sobre su estado general. Estas preguntas permiten descartar si hay una depresión subyacente en la que la paciente se siente demasiada culpable o este demasiado asustada para expresarlo en un principio. Por ejemplo pregúntele: ¿Cómo cree Ud. que van las cosas?, ¿Cómo van las cosas con tu bebe?, ¿Se siente Ud. como esperaba?; es importante que el personal esté adiestrado para estar alerta sobre este protocolo. Además es recomendable que ambos padres sean advertidos antes del alta del hospital de que si la tristeza de la maternidad parece estar durando más de dos semanas o se hace demasiado difícil de manejar, deberían de consultar.

Como se mencionó, en cuanto al tratamiento de la depresión postparto no psicóticas, se deben considerar tanto las psicoterapias como los tratamientos farmacológicos.

INTERVENCIONES PSICOTERAPÉUTICAS:

Para las mujeres en riesgo pero que permanecen asintomáticas, o aquellas con síntomas leves de depresión postparto, se recomiendan medidas de orden general, como la psicoeducación. Básicamente, consiste en explicarle a la madre y a la familia, la naturaleza del trastorno que aqueja a la paciente, haciendo hincapié en que se trata de una enfermedad y no de derrota o fracaso personal, modo de conceptualizar el trastorno que uno a menudo encuentra en la práctica clínica. Es aconsejable descartar alteraciones de las hormonas tiroideas. Asimismo, resulta fundamental perturbar lo menos posible los ritmos circadianos. El tratamiento oportuno de los problemas del sueño con frecuencia logra evitar el desarrollo de trastornos depresivos puerperales en mujeres de alto riesgo. De ser posible, se debe asistir (o relevar) a la madre en el cuidado nocturno del niño ya que ello puede ser muy beneficioso a través de favorecer el descanso. Las psicoterapias avaladas por la investigación científica, para ser usadas en esta etapa de la vida, son la cognitivo-conductual y la interpersonal. Esta última se focaliza en la transición de roles y en la adquisición de nuevas destrezas vinculadas a la maternidad.

La psicoterapia cognitiva conductual e interpersonal ha demostrado eficacia en el tratamiento de la depresión postparto. Las intervenciones en la pareja han demostrado mejorar la salud mental de la paciente y de su compañero, con el

consiguiente beneficio para el grupo familiar. Para las mujeres en las que la depresión ha interferido en el desarrollo de la relación con el hijo, el rol de la pareja acompañándola, la implementación de masajes al niño y otros ejercicios de acercamiento pueden mejorar la interacción de la díada. Pero es importante agregar que la terapia no farmacológica, aunque es eficaz, no se recomienda como monoterapia ya que se ha evidenciado el alto riesgo de recaídas, lo ideal es acompañar esta tipo de terapia junto con tratamiento farmacológico. Estudios indican que mantener la separación madre-hijo hasta la curación de la madre es crear el riesgo de estancarse. El niño no es un compañero indiferente, y si es separado largo tiempo de la madre presentará las mismas reacciones de rechazo que complicarían el reinicio de las relaciones; al mismo tiempo, esta medida confirmará a la madre que no es capaz de amarlo. Las relaciones madre-hijo deben ser restablecidas con cuidado. El reinicio de los contactos y la participación en los cuidados del niño se harán progresivamente, para evitar los gestos agresivos y para respetar la justa medida en el acercamiento a su hijo que la madre sea capaz de soportar sin angustia.

Estas son algunas medidas que puede tomar, que otras madres con depresión postparto han encontrado útiles:

Encuentre una persona con quien hablar y cuéntele lo que está sintiendo.

Póngase en contacto con personas que puedan ayudarla en el cuidado del niño, las tareas domésticas y los mandados. Esta red de apoyo social la ayudará a encontrar tiempo para usted, de modo que pueda descansar.

Encuentre tiempo para hacer algo por usted misma, incluso si es solo durante 15 minutos al día. Intente leer, hacer ejercicio (caminar es excelente para su salud y fácil de hacer), tomar un baño o meditar.

Lleve un registro. Todos los días, anote sus emociones y lo que está sintiendo. Esta es una forma de dejar salir sus pensamientos y frustraciones. Una vez que comience a sentirse mejor, puede ir y releer su registro. Esto la ayudará a ver cuánto mejor está.

Incluso si solo puede lograr realizar una actividad por día, recuerde que es un paso en la dirección correcta. Tal vez haya días en los que no pueda hacer nada, pero intente no enojarse con usted misma cuando esto ocurra.

Está bien sentirse abrumada. Un parto trae muchos cambios y la crianza de los hijos es todo un desafío. Cuando una no se siente una misma, estos cambios pueden parecer demasiado para afrontar.

Sea sincera con respecto a cuánto puede hacer y pida ayuda a otras personas cuando la necesite.

Encuentre un grupo de apoyo en su área. Los miembros del grupo pueden ponerla en contacto con otras personas que estén cerca de usted y que tengan experiencia en depresión postparto.

Consulte con su médico sobre cómo se siente. Este puede ofrecer asesoría y/o medicamentos que puedan ayudar.

FARMACOTERAPIA:

La literatura consultada indica en que cada caso debe considerarse de forma individual, valorando riesgos y beneficios. En general, se recomienda evitar la lactancia en pacientes que tomen psicótrópos hasta que los riesgos sobre el recién nacido se estudien más a fondo. Los psicofármacos (neurolépticos, benzodiazepinas, litio, antidepresivos, antiepilépticos, opiáceos) se secretan en la leche materna. Las concentraciones de psicótrópos varían enormemente y dependen de cada fármaco y del metabolismo materno.

En los estudios realizados en púerperas con la misma dosificación que para otros tipos de depresión se han visto bien tolerados. Todas las mujeres deberán ser informadas de que el fármaco se excreta en pequeñas cantidades en la leche materna. Pero la exposición neonatal parece tener una tasa baja de efectos adversos, sin embargo, los efectos a largo plazo sobre el desarrollo cerebral son todavía poco conocidos.

Se cuenta con una extensa información sobre la utilización de antidepresivos tricíclicos durante el embarazo, los cuales parecen ser seguros y no asociarse con la aparición de malformaciones congénitas (ni siquiera administrados en el primer trimestre). Aparecen en la leche materna en concentraciones similares a las del plasma. Pero sus efectos colaterales de índole anticolinérgico limitan su uso.

Con respecto a los inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina repetidos estudios han demostrado seguridad de uso de inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina incluyendo sertralina, paroxetina y venlafaxina en la lactancia. La fluoxetina es la que cuenta con un número de datos más abundantes. No se puede concluir que exista un riesgo más elevado de malformaciones congénitas y tampoco puede concluirse que la exposición produzca alteraciones posteriores en los niños relativas a la conducta o coeficiente intelectual. Ciertos estudios han concluido la asociación con irritabilidad o alteraciones del sueño en el lactante. Al igual que con el Citalopram. Sin embargo se hace la aclaración que esto ocurre de forma anecdótica. El único inhibidor selectivo de la recaptación de serotonina que no induce valores detectables en el neonato parece ser la sertralina. (Busko M, 2008).

Para Whittington y Cols; (2004), en su estudio, los medicamentos más indicados son los inhibidores de la recaptación de la serotonina selectivos, en vista de su aparente superior eficacia en mujeres, su efecto ansiolítico, poco efecto sedante y por ser muy bien tolerados.

La terapia hormonal puede ser una modalidad interesante en el manejo de estos casos. Sin embargo, los estudios son aún preliminares. Específicamente el uso de estrógenos mejoraron el estado afectivo y mental de las pacientes diagnosticadas con depresión y psicosis postparto; con el empleo de esta terapéutica hubo mejoría significativa a partir de la primera semana y un aumento de los niveles de estradiol en plasma. También parece que la administración de estrógenos de forma profiláctica después del parto en mujeres de alto riesgo de desarrollar enfermedad afectiva durante el postparto reduce de forma importante el riesgo de recaídas. Sin embargo, esta es una terapia considerada como experimental y se debe reservar su uso solo para pacientes resistentes a los antidepresivos. En el caso de los antipsicóticos se considera más seguros a los de segunda generación, éstos no han sido asociados con un riesgo significativo de toxicidad neonatal; sin embargo no hay estudios suficientes que aseguren su uso durante la lactancia, por lo que es preferible suspender la misma.

El tratamiento con litio debe ser iniciado antes del parto, después de las 36 semanas, y antes de las 48 horas postparto. Pacientes con alto riesgo incluyen aquellas historias de depresión postparto más trastorno depresivo mayor recurrente, o aquellas con historia de trastorno depresivo mayor severo recurrente que requirieron durante el embarazo de tratamiento para mantenerse eutímicas. En estos casos se debe considerar fuertemente la profilaxis con antidepresivos, y por supuesto en el último caso, continuar con el tratamiento que recibió durante el embarazo.

2.8. CARACTERÍSTICAS PERSONALES DE LAS PUÉRPERAS:

Se define como las características personales a todos aquellos aspectos, cualidades o variables que configuran el estado e identidad de una persona. Sin embargo se puede definir también como asociaciones que tiene una persona y que influye poderosamente en ella, por medio de la asociación continua, pueden considerarse; la edad, procedencia, idioma, estado civil, grado de instrucción, ocupación y atención prenatal.

EDAD: Se refiere al conjunto de los periodos en que se considera dividida la vida de una persona, o cualquiera de dichos periodos por sí solo. Una división común de la vida de una persona por edades es la de bebé, niño, pubertad, adolescente, joven, adulto, mediana edad y tercera edad. Desde el nacimiento hasta la edad adulta el organismo pasa por una serie de estadios de crecimiento y desarrollo que implican

un grado creciente de maduración, existiendo diferencias individuales en el ritmo con que este proceso ocurre que pueden observarse durante toda la etapa de la niñez pero que son particularmente notorias en la adolescencia. Existe pues, al margen de la edad cronológica de un individuo, dado por el número de días transcurridos desde su nacimiento una edad biológica o de desarrollo que expresa el nivel de madurez alcanzado. La edad generalmente se expresa como un número entero de años o como un número entero de años y meses.

Según ENDES (Encuesta Demográfica y de Salud Familiar, 2007); refiere que la población femenina de 15 a 49 años de edad continúa siendo una población relativamente joven pues el 48,2 por ciento de ellas son menores de 30 años. El uso del sector público fue mayor en las adolescentes que entre las mujeres de 35 a 49 años de edad (80,5 frente a 71,9 por ciento) y entre las que tuvieron su primer nacimiento o el sexto o posterior (79,6 frente a 53,6 por ciento). Asimismo, fue 76,5 por ciento entre las mujeres con educación superior, 23,4 puntos porcentuales más que la encontrada en las mujeres sin educación (53,1 por ciento). Por quintil de riqueza, ocurrió 1,2 veces más entre las mujeres del quintil superior que en las del quintil inferior (68,2 frente a 55,2 por ciento). De acuerdo al ámbito geográfico fue mayor en el área urbana que en el área rural (82,5 frente a 62,2 por ciento) y, en Lima Metropolitana alcanzó el 82,7 por ciento. Por otro lado, en los departamentos de Apurímac, Ica, Tacna, Ayacucho y Moquegua, más del 87,0 por ciento accedió a este tipo de establecimiento.

PROCEDENCIA: Se define como un proceso que supone movimiento especial de grandes sectores, desde un lugar de origen a otro de destino o blanco. Para que un cambio de lugar de residencia se considere como procedencia debe darse por lo menos 02 condiciones: que, dicha movilidad sea por un periodo más o menos prolongado y que, la distancia que media entre el lugar de destino y el de origen implique un cambio de residencia fuera de la localidad de residencia habitual. Es un indicador de bienestar de condición socioeconómica, es una característica relacionado con el movimiento migratorio de la población, dentro de esta característica es necesario considerar las características propias de la mujer provinciana o joven adolescente que generalmente migra a otras ciudades con costumbres adquiridas del lugar de procedencia. Entonces es comprendida como el proceso demográfico por el cual la población se traslada de un lugar a otro por diferentes motivos: en términos generales, procedencia es un concepto que nos da a entender movimiento, traslado, etc. de un importante recurso económico; no referimos precisamente al recurso humano; este movimiento para que se denomine procedencia se tiene que dar bajo determinadas características muy especiales, así como las causas que la originan.

IDIOMA: Se define como la lengua propia de un grupo social. La etimología del término nos lleva a un vocablo griego que puede traducirse como “propiedad privada”. Esta cuestión de la propiedad está vinculada al hecho de que un idioma es un sistema comunicacional, formado por palabras y/o gestos, que resulta propio de una colectividad. Cuando estos sistemas cuentan con la característica de la inteligibilidad mutua, se habla de dialecto o de la variedad lingüística de un mismo idioma. El habla es una actividad humana que varía sin límites precisos en los distintos grupos sociales, porque es una herencia puramente histórica del grupo, producto de un hábito social mantenido durante largo tiempo. Varía del mismo modo que varía todo esfuerzo creador, quizá no de manera tan consciente, pero en todo caso de modo tan verdadero como las religiones, las creencias, las costumbres y las artes de los diferentes pueblos. El caminar es una función orgánica, una función instintiva (aunque no, por supuesto, un instinto en sí mismo); el habla es una función no instintiva, una función adquirida, “cultural”.

ESTADO CIVIL: Según el artículo 1° del decreto 1260 del 70 de la constitución política del Perú 1993, lo define así “el estado civil de una persona es su situación jurídica en la familia y la sociedad, determina su capacidad para ejercer ciertos derechos y contraer ciertas obligaciones, es indispensable, indisponible e imprescriptible y su asignación corresponde a la ley”. Nuestro estado establece, que una persona tiene cierto estado civil y ésta situación jurídica se relaciona con el lugar en que se encuentra en su familia o en la sociedad, es decir, el estado civil se adquiere por el hecho de ser persona natural, ya que este atributo de la personalidad es solo en referencia a las personas naturales y por solo ese hecho se le concede un estado civil, teniendo en cuenta, la relación situación jurídica en la que cada persona se encuentre. El estado civil, en virtud de su soberanía, se atribuye para si la facultad no solo de regular lo atinente a esa situación jurídica particular y concreta de cada persona en relación con la sociedad y la familia de que forma parte por vínculos jurídicos o naturales, sino que, además, por conducto de los funcionarios competentes, se ocupa de que “los hechos y los actos” relativos al mismo, se inscriban en el “registro del estado civil de las personas”. Es imprescriptible; ya que el estado civil se adquiere desde el mismo momento del nacimiento y reconocimiento como persona natural por el estado, y desaparece solo con la muerte de la persona sujeto del estado civil. No opera entonces, el adquirirse por posesión o por el transcurso del tiempo.

Según la ENDES (2007), afirma que la población femenina de 15 a 49 años de edad continua siendo una población relativamente joven pues el 48,2 por ciento de ellas son menores de 30 años, peso poblacional que evidencia una disminución de 4,3 puntos porcentuales respecto a la ENDES 2000 (52,5 por ciento). El 33,0 por ciento de las mujeres eran solteras y el 56,3 por ciento de las entrevistadoras se encontraban en unión (24,1 por ciento casadas y el 32,2 por ciento en unión consensual), porcentaje casi similar al observado en la ENDES 2000 (56,1 por

ciento). El 10,7 por ciento de mujeres en edad fértil fueron separadas, divorciadas o viudas; proporción que fue mayor en 2,7 puntos porcentuales a la observada en la ENDES 2000 (8,0 por ciento).

GRADO DE INSTRUCCIÓN: Se define como un proceso permanente, sistemático y que se da a lo largo de toda la vida, es decir por el constante aprendizaje. La educación debemos entenderla como la herramienta social y de naturaleza pedagógica para generar mujeres y hombres libres, para una sociedad libre. La educación, nos permiten desarrollar aprendizajes en un contexto pertinente donde los participantes reciben de forma sistemática, coherente y secuencial con su desarrollo psicobiológico, herramientas cognitivas y axiológicas, para intervenir en su yo y modificar su conducta, con miras a transformarlo en un ser reflexivo, crítico y participativo. La educación como característica personal mantiene una estrecha relación con diversos fenómenos socioeconómicos en especial con las condiciones sociales de existencia, influyen en una serie de hábitos y actitudes que se reflejan en una sucesión de conductas y comportamiento. Se ha comprobado una estrecha relación entre la educación y la fecundidad; las mujeres con mayor nivel educativo tienen una menor fecundidad que los que tienen niveles de educación bajo. El nivel de educación de las mujeres influye de manera importante en sus actitudes y prácticas relacionadas con la salud y el comportamiento reproductivo, sus actitudes hacia el tamaño ideal de la familia, la práctica de la planificación familiar y la violencia intrafamiliar.

OCUPACIÓN: Es definida como parte de la condición humana, los seres humanos poseen una naturaleza ocupacional; es necesaria para la sociedad y la cultura, es un elemento crucial de integridad y salud humana; es la actividad principal del ser humano a través de la cual la persona controla y equilibra su vida. La ocupación se define, valora, organiza y adquiere significado individualmente dependiendo de las aspiraciones, de las necesidades y entornos de dicha persona. Es aquella faceta del empeño humano que da respuesta a las necesidades vitales de un individuo, que le permiten cumplir con las demandas sociales de su comunidad de pertenencia, así como al quehacer a través del cual el ser humano se distingue y expresa, revelando al agente del acto, y que se constituye en una forma de dar sentido a la existencia, construyendo y creando su identidad personal, cultural y social. La ocupación puede constituir un vehículo o forma de dar sentido, significado a la existencia, incidiendo, por tanto, en el bienestar psicológico y, quizá también, espiritual del ser humano" (Moruno Miralles). Al igual que en muchos países, los cambios económicos, sociales y culturales en la sociedad peruana ha condicionado que la mujer tenga que trabajar también fuera del hogar, situación que, aparte de constituir una sobrecarga de actividad, puesto que las obligaciones que demanda la marcha del hogar no

pueden descuidarse, influye en el desarrollo de los hijos e hijas, la integración del hogar, las relaciones con la pareja y en la propia salud de la mujer.

Según la ENDES (2007) refiere que las tasas específicas de ocupación por edad evidencian un ingreso temprano de la mujer al mercado laboral, pues un poco más de la mitad (53,5 por ciento) de las mujeres de 15 a 19 años de edad participaron en la producción de bienes y servicios del país, la misma que alcanzó su mayor nivel de participación (84,3 por ciento) entre las mujeres de 40 a 44 años de edad. Luego desciende ligeramente y se ubicó en 83,5 por ciento entre las mujeres de 45 a 49 años de edad.

ATENCIÓN PRENATAL: Es definida como una serie de visitas programadas de la embarazada con el proveedor de salud, donde se brindan cuidados óptimos, con el objetivo de vigilar la evolución del embarazo y lograr una adecuada preparación para el parto y cuidados de recién nacido(a). La atención debe ser precoz, periódica, continua, completa, de amplia cobertura, con calidad y equidad. La atención prenatal óptima debe de cumplir con los siguientes requisitos básicos: Precoz porque es cuando la primera atención se efectúa durante los 3 primeros meses de embarazo; periódica porque es la frecuencia con que se realizan las atenciones prenatales de las embarazadas que acuden a las unidades de salud; continua porque es la secuencia de las atenciones que se brindan de forma sistemática e ininterrumpida; completa porque es cuando el contenido de las atenciones garantizan el cumplimiento efectivo de las acciones de fomento, protección, recuperación y rehabilitación de la salud de la embarazada amplia cobertura porque es el porcentaje de población embarazada que es controlada; calidad porque las atenciones deben brindarse previo consentimiento informado, con base en estándares clínicos, gerenciales y de satisfacción a las embarazadas, que se fundamentan en la aplicación del presente protocolo; equidad porque la población tiene oportunidad de acceder y utilizar los servicios sin distinción de edad, condición económica, raza, religión, credo político y son accesibles desde el punto de vista cultural adaptando sus intervenciones según las necesidades de las poblaciones indígenas y comunidades étnicas.

De acuerdo a los protocolos del Ministerio de Salud, las atenciones prenatales de la madre gestante es la siguiente:

- Antes de los siete meses, asistir a los controles mensuales.
- Del séptimo al octavo mes, control quincenal.
- Del octavo al noveno mes (hasta el parto), controles semanales.

Según ENDES (2007), refiere que es importante que la primera visita de atención prenatal se realice tempranamente, para detectar situaciones que podrían llevar a mayor riesgo durante periodos posteriores del embarazo y el parto. El 74,9 por ciento

de las mujeres tuvieron su primera atención antes de cumplir cuatro meses de embarazo. Los porcentajes difieren si se trata de mujeres que residían en áreas urbanas o rurales (78,7 frente a 67,1 por ciento, respectivamente).

PARIDAD: Se define como la clasificación de una mujer por el número de niños nacidos vivos y de nacidos muertos con más de 28 semanas de gestación con un producto mayor de 500gr, mayor de 25 cm de talla, vivo o muerto independientemente de la salida de la placenta y de la sección del cordón umbilical; es decir es la clasificación de una mujer por el número de niños nacidos vivos que ha parido.

De acuerdo a los protocolos del Ministerio de Salud, la paridad es clasificada de la siguiente manera:

PRIMÍPARA: Son las mujeres que por primeras vez son madres, en este periodo se encuentran con miedo e inseguridad hacia el nuevo rol que desempeñan, en donde atraviesan una crisis situacional.

MULTÍPARA: Son las mujeres que por segunda vez son madres con partos antecesores.

2.9. ESCALA DE DEPRESIÓN POSTPARTO DE EDIMBURGO:

La escala de depresión postparto de Edimburgo publicada por Cox, Holden y Sabovsky en 1987, que ha sido utilizada en diferentes investigaciones en varios países y culturas, constituyendo una herramienta eficiente y valiosa de evaluar a pacientes en riesgo de depresión perinatal. En el trabajo de investigación se aplica la versión traducida al español por el Departamento de Psicología por la Universidad de Iowa (Moreno Zaconeta, Domínguez Casulari da Motta, Franco, 2004). Se creó para asistir a los profesionales de la atención primaria de salud en la detección de las madres que padecen de depresión de postparto; una afección alarmante más prolongada que la “melancolía de la maternidad” (lo cual ocurre durante la primera semana después del parto) pero que es menos grave que la psicosis del puerperio. Estudios previos demostraron que la depresión de postparto afecta por lo menos a un 10% de las mujeres y que muchas de las madres deprimidas se quedan sin tratamiento. Estas madres logran sobrellevar la carga de su bebé y las tareas de la casa, pero su placer por la vida se ve gravemente afectado y puede que toda la familia sufra consecuencias a largo plazo. La escala de depresión postparto de

Edimburgo se creó en centros de salud en Livingston y Edinburgh. Consiste de diez cortas declaraciones. La madre escoge cuál de las cuatro posibles respuestas es la que más se asemeja a la manera en la que se sintió durante la semana anterior. La mayoría de las madres pueden contestar la escala sin dificultad en menos de 5 minutos. El estudio de validación demostró que las madres que obtienen resultados por encima del umbral del 92.3% es más probable que padezcan de alguna enfermedad depresiva de diferentes niveles de gravedad. No obstante, no se le debe dar más importancia a los resultados de la escala de depresión postparto de Edimburgo que al juicio clínico. Se debe realizar una evaluación clínica prudente para confirmar el diagnóstico. 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 semanas. La escala no detecta las madres con neurosis de ansiedad, fobias o trastornos de la personalidad.

2.9.1. INSTRUCCIONES DE USO DE LA ESCALA DE DEPRESIÓN DE POSTPARTO DE EDIMBURGO:

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.

Tienen que responder las diez preguntas.

Se debe tener cuidado y evitar la posibilidad de que la madre hable sobre sus respuestas con otras personas.

La madre debe responder la escala ella misma, a no ser que sus conocimientos del inglés sean limitados o que tenga problemas para leer.

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

2.9.2. PAUTAS PARA LA EVALUACIÓN DE LA ESCALA DE DEPRESIÓN DE POSTPARTO DE EDIMBURGO:

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 escala de depresión postparto de Edimburgo está diseñada para asistir al juicio clínico, no para reemplazarlo. Se les harán evaluaciones adicionales a las mujeres antes de decidir el tipo de tratamiento.

2.10. RESPUESTAS EMOCIONALES:

Al respecto Gabe y Niebyl (2004); refiere que las reacciones psicológicas experimentadas tras un parto incluyen un cuadro frecuente, relativamente leve, fisiológico y transitorio denominado "tristeza de la maternidad" (50% a 70 % de mujeres). La verdadera depresión se da en un 80% a un 20%, y la psicosis puerperal franca en un 0.14% a un 0.26%. Aunque la etiología específica de estas alteraciones psicológicas es desconocida, no se trata de manifestaciones de distinta severidad de un único trastorno de base. Aunque los síntomas psicológicos y psiquiátricos son a menudo un continuo, las enfermedades específicas de depresión postparto y psicosis postparto son bastantes diferentes.

Entonces las reacciones emocionales es un término utilizado para describir los cambios en el estado de ánimo y los estados depresivos que ocurren en la madre después del nacimiento. La mujer muestra diversas respuestas emocionales durante el puerperio que pueden fluctuar de una sensación melancólica hasta una depresión más profunda que incapacita a la madre e incluso le produce reacciones psicóticas, por ejemplo podemos mencionar:

REÍR: Es manifestar alegría con ciertos movimientos del rostro; la risa es una respuesta biológica producida por el organismo como respuesta a determinados estímulos. La sonrisa se considera una forma suave y silenciosa de risa. Los estudios más recientes, realizados Robert Provine, neurobiólogo del comportamiento de la Universidad de Maryland, quien sostiene que la risa es un «balbuceolúdico, instintivo, contagioso, estereotipado y de control subconsciente involuntario que raramente se produce en soledad». En los seres humanos, la risa se inicia, en promedio, hacia los dos meses de edad, y según los recientes estudios científicos, constituye una forma de comunicación innata heredada de los primates e íntimamente relacionada con el lenguaje. El filósofo John Morreall (1983) sostiene que el origen biológico de la risa humana pudo estar en una expresión compartida de alivio tras pasar el peligro; la laxitud que sentimos tras reírnos puede ayudar a inhibir la respuesta agresiva, convirtiendo la risa en un signo de conducta que indica confianza en los compañeros.

PLACER: Es una sensación agradable. Arenal, aurífero, gustar, agradar. Puede ser definido como una sensación o sentimiento positivo, agradable o eufórico, que en su forma natural se manifiesta cuando un individuo consciente satisface plenamente alguna necesidad: bebida, en el caso de la sed; comida, en el caso del hambre; descanso (sueño), para la fatiga; sexo para la libido; diversión(entretenimiento), para el aburrimiento; y conocimientos (científicos o no científicos) o cultura (diferentes tipos de arte) para la ignorancia, la curiosidad y la necesidad de desarrollar las capacidades. La naturaleza suele asociar la sensación de placer con algún beneficio para la especie y la Filosofía lo clasifica entre los tipos posibles de felicidad.

CULPABLE: Se define como el proceso psicológico que se da ante la experiencia subjetiva de la culpabilidad. Supone un estado afectivo consciente o inconsciente ante la creencia de haber infringido alguna ley, principio ético o norma, sean estas reales o imaginarias, y que produce malestar continuado. La función del sentimiento de culpa es la expresión del miedo de ser censurado o desaprobado, la defensa contra ese miedo y la defensa contra el impulso de acusar a los demás. Este estado teje una estructura neurótica en el comportamiento que se manifiesta en la relación real o ficticia con el otro.

ANSIEDAD: Se define como codicioso, ávido, inquietud violenta. Es una respuesta emocional o conjunto de respuestas que engloba: aspectos subjetivos o cognitivos de carácter displacentero, aspectos corporales o fisiológicos caracterizados por un alto grado de activación del sistema periférico, aspectos observables o motores que suelen implicar comportamientos poco ajustados y escasamente adaptativos. La ansiedad normal se presenta en episodios poco frecuentes, con intensidad leve o media y de duración limitada, ante estímulos previsible y comunes y con un grado de sufrimiento y limitación en la vida cotidiana acotada. En cambio la ansiedad a niveles patológicos se caracteriza por sucederse en episodios reiterativos, de intensidad alta y duración excesiva, con alta y desproporcionada reactancia a la amenaza, provocando gran sufrimiento y notable interferencia en la vida diaria.

PREOCUPACIÓN: Se define como una ocupación anticipada ofuscación del entendimiento. Esta está vinculada a generar zozobra o nerviosismo, o a ocuparse con antelación de algo. Otras pueden persistir en el tiempo y derivar en problemas psicológicos como trastornos de ansiedad o incluso depresión. Una preocupación tiene su base en algo que puede resolverse o solucionarse. Es normal que toda las personas experimenten preocupaciones de distintos tipos. Cuando la preocupación pasa a ser patológica y altera el bienestar y las rutinas del individuo, es necesario pedir asistencia psicológica para que un especialista ayude a lidiar con los problemas.

MIEDO: Se define como inquietud, temor de un peligro, angustia. Es una reacción emocional radical ante lo que la mente considera, en una circunstancia determinada, como un peligro para su integridad. La situación puede ser real o imaginaria, en virtud de que tanto lo real, como lo imaginario, producen el mismo efecto mental. El miedo, ante un peligro real, es sano porque sirve de base para desencadenar, casi espontáneamente, los mecanismos esenciales de defensa, más apropiados para la supervivencia en condiciones críticas. Sin embargo, el miedo, ante una situación de peligro imaginaria, desencadena los mecanismos de defensa, sin necesidad, en virtud de una falta de realismo objetivo en el análisis de la apreciación de un problema. El miedo condiciona al ser marcadamente ya que produce un estado de descontrol emocional cuyos efectos se pueden manifestar físicamente, en función de temblores, sudores fríos, deseos de vomitar, mareos, falta de concentración, etc, producto de una inseguridad interna que puede incluso conducir, temporalmente, a un estado de “shock”, creándole un trauma psicológico, el cual afecta su comportamiento individual y social. Es preciso realizar que la razón viene al rescate como medio para retomar el control de las facultades. Por eso, el reconocimiento de que el miedo es una creación del pensamiento, ayuda a desmitificarlo, en virtud de que, sin reforzamiento en el pensamiento, no puede subsistir.

PÁNICO: Se define al miedo grande e inmotivado. Un ataque de pánico consiste en un periodo discreto de intenso miedo, aprensión, terror o malestar que va acompañado frecuentemente de una sensación de peligro o catástrofe inminente y de un impulso a escapar y durante el cual cuatro o más de los siguientes trece síntomas aparecen de repente y alcanzan su máximo en 10 minutos o menos: palpitaciones o ritmo cardíaco acelerado; sudoración; temblores o sacudidas; sensaciones de falta de aire o ahogo; sensación de atragantamiento; dolor o malestar en el pecho; náusea o malestar abdominal sensación de mareo, de inestabilidad o de desmayo; desrealización o despersonalización; miedo a perder el control o a volverse loco; miedo a morir; parestesias (entumecimiento o sensaciones de hormigueo); ráfagas de calor o escalofríos.

La definición de pánico no implica necesariamente la ocurrencia de miedo o ansiedad intenso (explícitamente reconocido por la persona), sino que puede haber simplemente un gran malestar.

TRISTEZA: Se define como apesumbrado, afligido, deprimido. Es un estado anímico o afectivo, de contenido negativo, donde la persona siente abatimiento, deseos de llorar, expresado o no, y baja su autoestima. Estado afectivo provocado por un decaimiento de la moral. Es una emoción frecuente, motivada por las contrariedades de la vida, que nos quitan la alegría por un período de tiempo, más o

menos prolongado, como la enfermedad o muerte de un ser querido, la reprobación de un examen, la pérdida del empleo, una pelea con familiares o amigos, la enfermedad propia, etcétera. Es lógico que no se pueda estar contento todo el tiempo, y eso es normal. La tristeza cuando se prolonga en el tiempo, e impide realizar las tareas cotidianas, puede convertirse en depresión, que se caracteriza, entre otras cosas (abatimiento general de la persona, descenso de la autoestima y sentimientos de pesimismo, desesperanza y desamparo), por una tristeza profunda y crónica. En psiquiatría se habla de tristeza patológica cuando hay una alteración de la afectividad en que se produce un descenso del estado de ánimo, que puede incluir también pesimismo, desesperanza y disminución de la motivación. La tendencia alternativa entre las emociones de alegría y de tristeza es la labilidad emocional.

LLORAR: Derramar lágrimas. Sentir en lo vivo. El acto de llorar es uno de los más comunes que puede llevar a cabo el ser humano y en la mayoría de las ocasiones el llanto, el producto de llorar, surge de manera natural y espontánea como respuesta consciente o inconsciente ante determinadas circunstancias, eventos o situaciones. Cuando una persona llora, independientemente de cuál sea la razón por la cual lo hace, se encuentra en una situación de mucha emotividad, de extrema tristeza, felicidad o emoción. Otras sensaciones como el miedo, la ira, el amor también pueden producir llanto. Normalmente, sin embargo, se relaciona al llanto con emociones de tristeza y angustia. El llorar es un acto difícil de delimitar. Esto es así porque el ser humano es el único animal que puede desarrollar un llanto a partir de lágrimas, a pesar de que otros animales pueden expresar su angustia por medio de quejidos y sonidos guturales. Sin embargo, el llanto no es algo que se aprende cultural o socialmente.

DEPRESIÓN: Decaimiento del ánimo. Navarro (1990) señala que la depresión interfiere en gran medida con la creatividad y hace que disminuya el gusto por el trabajo, el estudio, las rutinas diarias y las actividades que antes disfrutaba. Igualmente la depresión dificulta las relaciones con los demás. En las depresiones de cierta severidad algunas personas se aíslan, llegan a comportarse indiferentes por casi todo y los pensamientos de suicidio son muy comunes. Un punto central de la depresión es la alteración desfavorable del clima emocional y la pobreza en el estado de alerta. También son síntomas frecuentes la tensión, la ansiedad y los sentimientos de culpa. En general es un conjunto de sensaciones, vivencias y percepciones internas desagradables dolorosas y paralizantes.



III.- VARIABLE Y OPERALIZACIÓN:

OPERALIZACIÓN DE VARIABLES:

VARIABLES INDEPENDIENTE: Depresión postparto

VARIABLES INTERVINIENTES: Características personales de las puérperas.

<i>VARIABLE</i>	<i>DIMENSIÓN</i>	<i>INDICADOR</i>	<i>ESCALA DE MEDICIÓN</i>	<i>CATEGORIA</i>	<i>INDICE</i>

<p>DEPRESIÓN POSTPARTO</p> <p>Son cambios en el estado de ánimo y los estados depresivos que ocurren en la madre después del parto. La puérpera muestra diversas respuestas emocionales durante el puerperio que pueden fluctuar de una sensación melancólica hasta una depresión más profunda que incapacita a la madre e incluso le produce reacciones psicóticas.</p>	<p>RESPUESTAS EMOCIONALES</p>	<p>Capacidad de reír y ver el lado divertido de las cosas.</p>	<p>Siempre</p> <p>A veces</p> <p>Ocasionalmente</p> <p>Nunca</p>	<p>=0</p> <p>=1</p> <p>=2</p> <p>=3</p>	<p>Escala de Depresión Postparto de Edimburgo</p> <p>Puntuación:</p> <p>.<10: Sin Depresión post parto</p> <p>>10: Con Depresión postparto</p>
		<p>Disfrutar, mirar el futuro hacia adelante.</p>	<p>Siempre</p> <p>A veces</p> <p>Ocasionalmente</p> <p>Nunca</p>	<p>=0</p> <p>=1</p> <p>=2</p> <p>=3</p>	
		<p>Culpabilidad sin necesidad cuando las cosas no salían bien.</p>	<p>Siempre</p> <p>A veces</p> <p>Ocasionalmente</p> <p>Nunca</p>	<p>=3</p> <p>=2</p> <p>=1</p> <p>=0</p>	
		<p>Nerviosismo o inquietud sin motivo alguno.</p>	<p>Siempre</p> <p>A veces</p> <p>Ocasionalmente</p> <p>Nunca</p>	<p>=0</p> <p>=1</p> <p>=2</p> <p>=3</p>	
		<p>Miedo o asustadiza sin motivo alguno.</p>	<p>Siempre</p> <p>A veces</p> <p>Ocasionalmente</p> <p>Nunca</p>	<p>=3</p> <p>=2</p> <p>=1</p> <p>=0</p>	
		<p>Problemas diarios que causan preocupación y gran sufrimiento.</p>	<p>Siempre</p> <p>A veces</p> <p>Ocasionalmente</p> <p>Nunca</p>	<p>=3</p> <p>=2</p> <p>=1</p> <p>=0</p>	
		<p>Infelicidad que causa dificultad para dormir.</p>	<p>Siempre</p> <p>A veces</p> <p>Ocasionalmente</p> <p>Nunca</p>	<p>=3</p> <p>=2</p> <p>=1</p> <p>=0</p>	
		<p>Sentimiento de tristeza y desgracia sin motivo.</p>	<p>Siempre</p> <p>A veces</p> <p>Ocasionalmente</p> <p>Nunca</p>	<p>=3</p> <p>=2</p> <p>=1</p> <p>=0</p>	

		Infelicidad que promueve.	Siempre A veces Ocasionalmente Nunca	=3 =2 =1 =0	
		Ideación del daño personal.	Siempre A veces Ocasionalmente Nunca	=3 =2 =1 =0	

*Según Escala de Depresión Postparto de Edimburgo.

VARIABLES	DIMENSION	INDICADOR	CATEGORIA
VARIABLES INTERVINIENTES	ASPECTOS PERSONALES:		<input type="checkbox"/> 16 a 19años <input type="checkbox"/> 20 a 24años
	CARACTERÍSTICAS PERSONALES Y OBSTETRICAS DE LAS PUÉRPERAS:	PROCEDENCIA	<input type="checkbox"/> Cuidad de Puno
<input type="checkbox"/> Barrios periurbanos: - José Antonio Encinas - Azoguine - Villapaxa - Huajsapata - 2 de mayo - 28 de Julio - Pirhua pirhuani - Mañazo - Ventilla - Cuestablanca - Orkapata - Las cruces			
<p>Son aspectos, cualidades o variables que configuran el estado e identidad de la puérpera, influye por medio de una asociación continua, pueden considerarse; la edad, procedencia, idioma, estado civil, grado de instrucción, ocupación y la atención prenatal.</p>		Comunicación.	<input type="checkbox"/> Castellano <input type="checkbox"/> Castellano-Quechua <input type="checkbox"/> Castellano-Aymara <input type="checkbox"/> Castellano-Quechua-

	IDIOMA		Aymara
	INSTRUCCIÓN	Años de escolaridad.	<input type="checkbox"/> Analfabeto <input type="checkbox"/> Primaria Incompleta <input type="checkbox"/> Primaria Completa <input type="checkbox"/> Secundaria <input type="checkbox"/> Secundaria Completa <input type="checkbox"/> Superior Incompleta <input type="checkbox"/> Superior Completa
	ESTADO CIVIL		<input type="checkbox"/> Casada <input type="checkbox"/> Conviviente <input type="checkbox"/> Soltera <input type="checkbox"/> Divorciada <input type="checkbox"/> Viuda
	OCUPACIÓN	Integridad.	<input type="checkbox"/> Ama de casa <input type="checkbox"/> Estudiantes <input type="checkbox"/> Trabajo Independiente <input type="checkbox"/> Trabajo Estable
	ASPECTOS OBSTÉTRICOS:		
	CONTROL PRENATAL	Antes de las 31 semanas de gestación. De 31 a 34 semanas de gestación. De 35 semanas a 42 semanas de gestación.	<input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 4

*Según norma técnica-MINSA-Perú:2007.

IV. OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN:

5.1. OBJETIVOS GENERAL:

Determinar la depresión postparto en púerperas primíparas y multíparas del Establecimiento de Salud I-3 José Antonio Encinas de Puno, 2014.

5.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS:

Identificar la depresión postparto en puérperas primíparas según: edad, procedencia, idioma, estado civil, grado de instrucción, ocupación y atención prenatal.

Identificar la depresión postparto en puérperas múltiparas según: edad, procedencia, idioma, estado civil, grado de instrucción, ocupación y atención prenatal.



V. DISEÑO METODOLÓGICO:

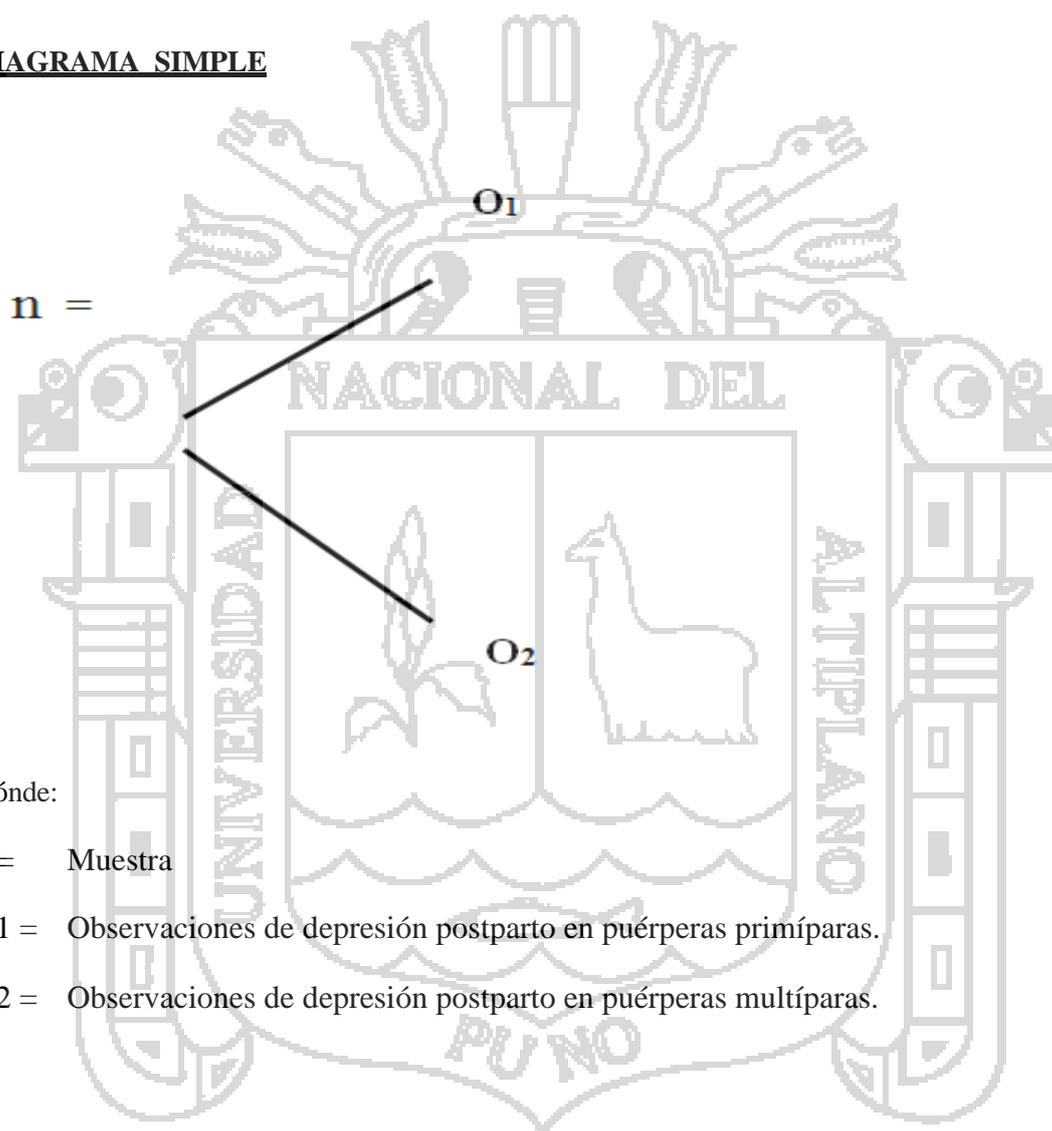
5.1. TIPO Y DISEÑO DE INVESTIGACIÓN:

a. **TIPO DE INVESTIGACIÓN:** El presente trabajo de investigación, fue de estudio descriptivo.

DESCRIPTIVO: Porque permite describir la variable depresión postparto en puérperas primíparas y múltiparas.

b. DISEÑO DE INVESTIGACIÓN: El diseño de investigación fue transversal y el diagrama es el simple, porque estuvo dirigido a recabar información sobre la depresión postparto en puérperas primíparas y múltiparas.

DIAGRAMA SIMPLE



Dónde:

$n =$ Muestra

$O_1 =$ Observaciones de depresión postparto en puérperas primíparas.

$O_2 =$ Observaciones de depresión postparto en puérperas múltiparas.

5.2. AMBITO DE ESTUDIO:

El trabajo de investigación se realizó en el Establecimiento de Salud I-3 José Antonio Encinas, en los consultorios de Obstetricia y de Crecimiento y Desarrollo del niño menor de 5 años. Está ubicada al Noroeste de la ciudad de Puno, situado a 3840 msnm. a orillas del Lago Titicaca, específicamente en el barrio José Antonio Encinas

Jr. los Andes N°370. Fue fundado un 22 de abril del año 1986, como Establecimiento de Salud del primer nivel, conformando la Micro Red José Antonio Encinas, siendo cabecera de la misma, actualmente está categorizado como primer nivel de atención y tercer nivel de complejidad (I-3); cuenta con una población de 17,806 habitantes a nivel de Establecimiento de Salud; brinda servicios en: hospitalización, servicios básicos en consultorios y servicios administrativos; se circunscribe a 12 barrios urbano marginales.

CARACTERIZACIÓN DE LA POBLACIÓN DE ESTUDIO:

La población se caracteriza por mantener vivas las costumbres ancestrales, población migrante de las Provincias de Puno y Departamentos del Perú por motivos de estudio, trabajo o vivienda. La población a estudiar son puérperas primíparas y multíparas; las cuales tienen grado de instrucción hasta el nivel secundaria (completa e incompleta) y un disminuido número hasta el nivel superior (universitario o técnico), se dedican a diferentes actividades ocupacionales, siendo la mayoría amas de casa, estudiantes, encontrándose también comerciantes, empleados públicos, de estado civil conviviente; también existen en su minoría casadas y solteras. En su mayoría son migrantes de los distintas Provincias de Puno, un número considerable es la ciudad de Puno y existe una minoría de otros departamentos del país.

5.3. POBLACIÓN Y MUESTRA:

5.3.1. POBLACIÓN:

La población de estudio estuvo constituida por 133 puérperas primíparas y multíparas en el año 2013, que fueron atendidas en el Consultorio de Obstetricia del Establecimiento de Salud I-3 José Antonio Encinas.

Puérperas Atendidas en el EE.SS. José Antonio Encinas, 2013.

	MESES	N° PACIENTES
PUERPERAS CONTROLADAS	ENERO	17
	FEBRERO	9
	MARZO	14
	ABRIL	11
	MAYO	7
	JUNIO	4
	JULIO	8
	AGOSTO	10
	SETIEMBRE	17
	OCTUBRE	12
	NOVIEMBRE	10
	DICIEMBRE	14
	TOTAL	133

FUENTE: Cuaderno de registro de puérperas atendidas en el EE.SS.I-3 José Antonio Encinas, 2013.

5.3.2. MUESTRA:

5.3.2.1. LA UNIDAD DE ANÁLISIS:

La unidad de análisis del estudio fue la puérpera. Los criterios de selección de la muestra fueron:

CRITERIOS DE INCLUSIÓN:

Puérperas que hayan realizado sus controles prenatales en el EE.SS. José Antonio Encinas.

Puérperas de parto eutócico.

Puérperas primíparas y multíparas.

Puérperas entre 16 a 29 años de edad.

Puérperas que asistan a sus controles de puerperio en el consultorio de obstetricia.

Puérperas que lleven a su hijo (a) menor de un año al consultorio de crecimiento y desarrollo del niño menor de 5 años.

Puérperas que se encuentran en el periodo del puerperio inmediato, hasta el alejado (12 meses).

Puérperas que firman el Consentimiento libre e informado.

CRITERIOS DE EXCLUSIÓN:

Puérperas con antecedentes patológicos (Preclampsia, eclampsia, etc.).

Puérperas con antecedentes ginecoobstetricos: parto distócico, abortos, etc.

Puérperas mayores de 30 años de edad.

Madres gestantes.

Puérperas que no están registradas en el EE.SS José Antonio Encinas y pertenecen a otros EE.SS.

5.3.2.2. EL TAMAÑO DE LA MUESTRA:

La muestra estuvo constituida por 69 puérperas primíparas y multíparas.

$$n = \frac{N * Z^2 + p * q}{(N-1) + e^2 + Z^2 * p * q}$$

LEYENDA:

n= Tamaño de la muestra

z= Nivel de confianza 95%(0.95)

p y q = Son las proporciones de muestreo ($p+q= 1$), con una prevalencia de 90% de depresión postparto.

e²= Error muestral (0.05)

DETERMINACIÓN DEL TAMAÑO DE LA MUESTRA APLICANDO LA FÓRMULA:

a. Reemplazamos en la fórmula los valores hallados.

$$n = \frac{133 * (1.96)^2 + (0.9) * (0.1)}{(133-1) + (0.05)^2 + (1.96)^2 * (0.9) * (0.1)}$$

$$n = \frac{133 * (3.8416)(0.09) = 45.98 = 68.6}{132 * (0.0025) + (3.8416) (0.09) = 0.67}$$

$$n = 69 \text{ (redondeando)}$$

5.3.2.3. EL TIPO DE MUESTREO:

Se utilizó el muestreo no probabilístico por cuota, porque se ha ejecutado en los consultorios de obstetricia y crecimiento, desarrollo del niño menor de 5 años, a todas las púerperas que acuden para su control de puerperio asimismo a las púerperas que llevan a su niño menor de 1 año para su control.

5.4. TÉCNICAS E INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS:

5.4.1. TÉCNICAS:

ENTREVISTA: Se utilizó como técnica de estudio la entrevista estructurada, con el fin de obtener información acerca de la depresión postparto en púerperas primíparas y multíparas.

5.4.2. INSTRUMENTOS:

CUESTIONARIO: En la presente investigación se aplicó la escala de depresión postparto de Edimburgo-EPDS, la versión traducida al español por el Departamento de Psicología por la Universidad de Iowa (Moreno Zaconeta, Domínguez Casulari da Motta, Franco, 2004). Este cuestionario proporciona información de cómo la madre se ha sentido durante la semana previa a la administración de la escala de depresión postparto de Edimburgo. Consta de las siguientes partes: (Anexo 02):

El instrumento tiene por 10 ítems con preguntas cerradas y respuestas politómicas, a las categorías de las respuestas se les dan puntos de nunca (=0), ocasionalmente (=1), a veces (=2), y siempre (=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.

También se incluyó una sección de datos para las características personales de las púerperas: la edad, la procedencia, el idioma, el grado de instrucción, el estado civil, la ocupación y la atención prenatal.

CONFIABILIDAD Y VALIDEZ:

Se validó el instrumento mediante una prueba piloto con 30 púerperas primíparas y multíparas hospitalizadas en el Hospital Regional Manuel Núñez Butrón-Puno, en el servicio de ginecoobstetricia por poseer características similares a la población de estudio con el objetivo de validar el instrumento de la escala de depresión postparto de Edimburgo modificado para evaluar la capacidad de entendimiento del contenido del mismo por la púerpera entrevistada y de ello; no surgió ningún grado de

dificultad en los ítems y respuestas de la escala de depresión postparto de Edimburgo.

5.5. PROCEDIMIENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS:

5.5.1. COORDINACIONES:

Para cumplir con los objetivos del presente trabajo de investigación se realizó las siguientes coordinaciones.

Se coordinó con la Directora del Establecimiento de Salud José Antonio Encinas, solicitando autorización para la ejecución del estudio.

Se coordinó con los responsables de los Consultorios de Obstetricia y Crecimiento y Desarrollo del niño menor de 5 años dando a conocer los objetivos de la investigación y solicitando su apoyo respectivo.

5.5.2. DE LA SELECCIÓN DE LA MUESTRA:

La selección de la muestra se realizó en la sala de espera del Establecimiento de Salud José de Antonio Encinas antes de ser llamadas para su atención, todas aquellas púérperas que han cumplido con los criterios de inclusión, se les pidió el consentimiento libre e informado a través de la firma.

5.5.3. APLICACIÓN DEL INSTRUMENTO:

Se utilizó el cuestionario adaptada sobre la escala de depresión postparto de Edimburgo de forma individual con una duración aproximadamente de 10 minutos, también se incluyó una sección para consignar datos sobre las características personales de las entrevistadas.

Se le explicó a la entrevistada que se le tomará una serie de preguntas según como se ha sentido estos últimos 7 días, en seguida se procedió a interrogarles personalmente cada ítems hasta concluir.

La recolección de datos se realizó en los consultorios de obstetricia y crecimiento y desarrollo del niño menor de 5 años, en el turno mañana de lunes a viernes desde las 8 am a 14 pm.

Luego se agradeció a las madres puérperas por la colaboración prestada en la recolección de datos.

Los datos fueron sistematizados de la siguiente forma: se enumeró los cuestionarios para la verificación, codificación de las respuestas y facilitar el vaciado de datos.

5.5.4. PROCESAMIENTO Y ANÁLISIS DE DATOS:

Posterior a la ejecución y obtención de datos se realizó de la siguiente forma:

El procesamiento de datos se organizó la información obtenida y luego se plasmó en una base de datos en el programa de Microsoft Excel para luego ser procesados en el SSPS versión 18.

Finalmente se organizó la información en cuadros estadísticos y gráficos, de manera que los resultados respondan a los objetivos de estudio.



VI. RESULTADOS Y DISCUSIÓN:



CUADRO N° 01

DEPRESIÓN POSTPARTO EN PUÉRPERAS PRIMÍPARAS Y MULTÍPARAS DEL EE.SS.
I-3 JOSÉ ANTONIO ENCINAS DE PUNO, 2014.

DEPRESIÓN PUÉRPERAS	CON DEPRESIÓN > 10 puntos		SIN DEPRESIÓN < 10 puntos		TOTAL	
	N°	%	N°	%	N°	%
PRIMÍPARAS	29	42.03	24	34.78	53	76.81
MULTÍPARAS	8	11.59	8	11.59	16	23.19
TOTAL	37	53.62	32	46.38	69	100.00

Fuente: Cuestionario aplicado por la investigadora a puérperas menores de 30 años en el EE.SS. I-3 José Antonio Encinas de Puno, 2014.

* *Leyenda:*

>10: Con depresión postparto según escala de depresión postparto de Edimburgo.

<10: Sin Depresión postparto según escala de depresión postparto de Edimburgo.

** Se tomarán a las puérperas con depresión postparto.

En el cuadro observamos la depresión postparto en puérperas primíparas y multíparas, del 100% de la muestra de estudio, las puérperas primíparas y multíparas presentan depresión con una puntuación mayor de diez puntos, el 42% de primíparas y con el 11.6% de multíparas; al compararlo en las puérperas primíparas y multíparas sin depresión con una puntuación menor de diez puntos, el 34.8% de primíparas y con el 11.6% de multíparas. Se ha determinado de la muestra total con clasificar a las puérperas primíparas y multíparas con depresión postparto que alcanzaron una puntuación mayor de diez puntos, para dar respuesta a los objetivos de estudio.

Los resultados obtenidos del presente estudio son semejantes con los estudios de Maroto (2004), Dois (2009), Stephen (2011). Al respecto Stephen (2011); refiere que los síntomas de ansiedad y los trastornos perinatales son frecuentes e incapacitantes, pero no han sido hasta ahora un foco de atención clínica y de salud pública específica. La escala de depresión postnatal de Edimburgo es ampliamente utilizado

para detectar la depresión probable, y muchos estudios también han encontrado que los tres elementos de esta carga de la escala en un factor de ansiedad, tanto en los períodos prenatal y postnatal. Además, los estudios han encontrado correlaciones clínicamente significativas entre la escala de depresión postnatal de Edimburgo y varias medidas específicas a la ansiedad en el período perinatal.

Asimismo Doi (2009); afirma que el mejor instrumento de tamizaje es la escala de depresión postparto de Edimburgo, diseñada especialmente para reconocer síntomas anímicos en mujeres puérperas. Sus ítems se agrupan básicamente en torno a dos factores: tristeza y ansiedad; tiene una consistencia interna adecuada, 100% de sensibilidad y 80% de especificidad. Ha sido validada en diversos países y culturas, con resultados que permiten justificar su uso como instrumento de tamizaje, logrando su mayor sensibilidad con un punto de corte entre 9 y 10 puntos. Es un instrumento de autorreporte, de 10 preguntas con cuatro opciones de respuesta cada una y puntajes que varían de 0 a 3 puntos, según la severidad sintomática. De sus ítems, 5 se relacionan con disforia, 2 con ansiedad, 1 con sentimientos de culpa, 1 con ideas suicidas y 1 con dificultades de concentración. La escala de depresión postparto de Edimburgo mide intensidad sintomática, por esta razón el método más confiable de evaluación del trastorno del ánimo durante el puerperio implica un proceso de dos etapas. Primero haciendo uso de esta escala para luego derivar a evaluación por especialistas a través de entrevistas estandarizadas de diagnóstico a aquellas mujeres que obtengan puntajes altos. El mejor momento para aplicar la escala de depresión postparto de Edimburgo es a las ocho semanas postparto ya que coincide con el período de máxima incidencia de la depresión puerperal y además, con la disminución de los síntomas atribuibles a un período adaptativo normal.

En otro estudio por Maroto (2004); refiere que la depresión postparto es un trastorno del estado de ánimo que se produce durante un período específico de tiempo de vida de las mujeres: el puerperio. En este estudio se analiza la consistencia interna y la estructura factorial de la escala de depresión postnatal de Edimburgo, y la validez de convergencia y la eficacia diagnóstica entre escalas. La escala de depresión posnatal de Edimburgo se agrupa básicamente en torno a dos factores (tristeza y ansiedad) y muestra una alta consistencia interna (0,79). Aunque hay convergencia general con el inventario de depresión de Beck, no muestran correlación dos de los ítems. La escala de depresión postnatal de Edimburgo se establece como aquella con más poder diagnóstico, con el punto de corte 8 como más apropiado para clasificar madres con estado de ánimo deprimido, tomando como referencia el inventario de Depresión de Beck.

Los hallazgos encontrados del presente estudio corroboran con las conclusiones planteadas por Maroto (2004), Doi (2009), Stephen (2011); quienes emplearon la

escala de depresión postnatal de Edimburgo se establece como aquella con más poder de diagnóstico, apropiado para clasificar madres con estado de ánimo deprimido, ya que la depresión postparto es un trastorno del estado de ánimo que se produce durante un período específico de tiempo de vida de las mujeres: el puerperio. Las puérperas con depresión postparto constituyen un grupo que requiere de una atención más clínica debido a su gran vulnerabilidad biológica, los síntomas depresivos activos y enorme riesgo psicosocial.



CUADRO N° 02

DEPRESIÓN POSTPARTO EN PUÉRPERAS PRIMÍPARAS Y MULTÍPARAS SEGÚN EDAD, EE.SS. I-3 JOSÉ ANTONIO ENCINAS DE PUNO, 2014.

DEPRESIÓN EDAD	PUÉRPERAS				TOTAL	
	PRIMÍPARAS		MULTÍPARAS			
	N°	%	N°	%	N°	%
16 a 19 años	15	40.54	1	2.70	16	43.24
20 a 24 años	12	32.43	1	2.70	13	35.14
25 a 29 años	2	5.41	6	16.22	8	21.62
TOTAL	29	78.38	8	21.62	37	100.00

Fuente: Cuestionario aplicado por la investigadora a puérperas menores de 30 años en el EE.SS. I-3 José Antonio Encinas de Puno, 2014.

En el cuadro se visibiliza la depresión postparto en puérperas primíparas y multíparas según edad; del 100% de puérperas primíparas y multíparas con depresión refleja el 40.5% están dentro del grupo etario 16 a 19 años seguidamente el 32.4% se encuentra dentro del grupo etario 20 a 24 años y el 5.4% de puérperas son del grupo etario de 25 a 29 años de edad.

Los resultados obtenidos del presente estudio son similares con los estudios de investigación de Maroto (2004), Rondón (2005), ENDES (2007) y Wolff (2009). Al respecto Pantoja (1995); refiere que la depresión postparto es frecuente en puérperas del grupo etario de 15 a 30 años, de estado civil soltera, grado de instrucción con baja escolaridad, ocupación su casa, en su mayoría, son primíparas, y con antecedentes heredofamiliares de trastornos afectivos.

Asimismo Rondón (2005); refiere que los factores de riesgo que se describen para la depresión postparto son: la corta edad, tanto por la interrupción del crecimiento personal, como por la falta de experiencia que permita afrontar las nuevas demandas del rol. Es importante señalar, que algunos estudios (A review of postpartum psychosis, 2006) sugieren que la incidencia de estos trastornos es relativamente más alta en la población adolescente dentro del grupo etario 15 a 19 años de edad y son primíparas.

También el número de partos es un factor asociado a la depresión postnatal. Diversas investigaciones han concluido que el nacimiento del primer hijo representa un estrés único y se correlaciona con la depresión de manera más fuerte, que en el caso del segundo o el tercer parto (Kruckman & Smith, 2008).

Por otro lado Maroto (2004); menciona que la depresión postparto afecta del 10-15% de las madres primíparas y adolescentes, suelen durar meses en remitir, por lo cual cuentan con un mayor riesgo de episodios depresivos recurrentes o eventualmente de una psicosis postparto.

Al respecto según ENDES (2007), en el Perú existe 162 mil mujeres son madres adolescentes cuyas edades fluctúan entre los 12 y 19 años de edad. Asimismo según el área de residencia, se menciona que alrededor del 20% de las adolescentes del área rural del país ya son madres. Del mismo modo, cerca de la tercera parte (30,5%) de las madres alcanzó educación secundaria, el 29,7% tiene primaria y el 14,1% no cuenta con nivel inicial.

Asimismo en otro estudio de investigación realizado por Wolff (2009); refiere la depresión postparto es un importante problema de salud pública que afecta más a las púerperas del grupo etario de 15 a 19 años, asociándose a factores de riesgo tales como; depresión previa, malas relaciones interpersonales dentro de la familia, con la pareja o padre del bebé y bajo apoyo social, asimismo, la depresión postparto se asocia a alteraciones en el vínculo madre-hijo, con menor desarrollo y más problemas conductuales en el niño. Además de los factores ya descritos, se agregan algunos particulares en estas madres del grupo etario de 15 a 19 años, tales como el riesgo de deserción escolar, de abuso y negligencia hacia el niño y mayor probabilidad de un segundo embarazo adolescente.

Los hallazgos encontrados del presente estudio corroboran con las conclusiones planteadas por Rondón (2005), Maroto (2004) y Wolff (2009); quienes emplearon que la depresión postparto está asociado con la edad y la paridad (primíparas) de las púerperas debido a que el embarazo en adolescentes abandonan sus estudios, se dedican a los quehaceres del hogar por consiguiente asumir el rol de madre, enfrentar situaciones donde existe malas relaciones interpersonales dentro de la familia, bajo apoyo social por parte de su pareja, primer embarazo, muchas de éstas refirieron que “no sé cómo debo cuidar a mi bebé, cada vez que llora no le entiendo”, y que culmina con una mayor probabilidad de un segundo embarazo adolescente. La madre adolescente se encuentra en una etapa que marca el proceso de transformación del niño en adulto, un período de transición que tiene características peculiares. Se llama

adolescencia, porque sus protagonistas son jóvenes que aún no son adultos pero que ya no son niños. Es una etapa de descubrimiento de la propia identidad (identidad psicológica e identidad sexual) así como la de autonomía individual; la llegada de la adolescencia significa la eclosión de la capacidad afectiva para sentir y desarrollar emociones que se identifican o tiene relación con el amor; la depresión postparto es un importante problema de salud pública que merece poner atención especialmente en el grupo etario de 16 a 19 años (adolescentes), lo que demuestra la importancia de los profesionales de la salud en realizar la detección precoz de la depresión postparto, teniendo como ayuda la escala de depresión postparto de Edimburgo, por la eficacia y practicidad de su aplicación.



CUADRO N° 03

DEPRESIÓN POSTPARTO EN PUÉRPERAS PRIMÍPARAS Y MULTÍPARAS SEGÚN PROCEDENCIA, EE.SS. I-3 JOSÉ ANTONIO ENCINAS DE PUNO, 2014.

DEPRESIÓN PROCEDENCIA	PUÉRPERAS				TOTAL	
	PRIMÍPARAS		MULTÍPARAS			
	N°	%	N°	%	N°	%
URBANA	19	51.35	5	13.51	24	64.86
PERIURBANA	10	27.03	3	8.11	13	35.14
TOTAL	29	78.38	8	21.62	37	100.00

Fuente: Cuestionario aplicado por la investigadora a puérperas menores de 30 años en el EE.SS. I-3 José Antonio Encinas de Puno, 2014.

El presente cuadro refleja la depresión postparto en puérperas según procedencia, del 100% de puérperas primíparas y multíparas con depresión, el 51.4% son primíparas con procedencia en la zona urbana y en el 8.1% de multíparas de la zona periurbana.

Los estudios de investigación de ENDES (2007), Dois (2009) y Vargas (2009) son semejantes con los resultados obtenidos del presente estudio. Al respecto según ENDES (2007), refiere que 162 mil mujeres son madres adolescentes cuyas edades fluctúan entre los 12 y 19 años de edad. Asimismo según el área de residencia, se menciona que alrededor del 20% de las adolescentes del área rural del país ya son madres. En cambio, en el área urbana la maternidad adolescente alcanza apenas el 10%.

Asimismo en su estudio de investigación Vargas (2009); refiere que hasta el momento se le ha dado poca consideración al impacto del contexto cultural del periodo postparto como causa de la depresión, factores tales como la organización de la familia y el grupo social, el papel de las expectativas de la propia madre y de las que pudieran mostrar otros familiares o personas significativas, la procedencia de la puérpera, etc. La experiencia de la depresión postparto se exagera y se potencializa por factores socioculturales dentro de las que se puede considerar la procedencia.

En otro estudio de investigación realizado por Dois (2009); refiere que alrededor de la mitad de los cuadros depresivos diagnosticados durante el puerperio iniciaron o continuaron su curso durante el embarazo. Este cuadro cursa entre el tercer y décimo día postparto y principalmente preceden de zona urbano marginal.

Ante este panorama se concluye que la depresión postparto se presenta en puérperas primíparas con procedencia de la zona urbana, situación que se considera que ocurre por desconocimiento, por ser un tema nuevo, no darle la debida importancia a estas respuestas emocionales, hacen que desencadenen una depresión postparto. Sin embargo la procedencia constituye un indicador de bienestar de condición socioeconómica, una característica relacionada con el movimiento migratorio de la población; es necesario considerar las características propias de la puérpera provinciana o joven adolescente que generalmente migra a otras ciudades con costumbres adquiridas del lugar de procedencia. La mayoría de las puérperas proceden de la zona periurbana, en el caso del Establecimiento de Salud José Antonio Encinas cuenta con las siguientes áreas de influencia que son: José Antonio Encinas, Azoguin, Villapaxa, Huajsapata, 2 de Mayo, 28 de Julio, Pirhuapirhuani, Mañazo, Ventilla, Cuesta Blanca, Orkapata y Las Cruces.



CUADRO N° 04

DEPRESIÓN POSTPARTO EN PUÉRPERAS PRIMÍPARAS Y MULTÍPARAS SEGÚN IDIOMA, EE.SS. I-3 JOSÉ ANTONIO ENCINAS DE PUNO, 2014.

DEPRESIÓN IDIOMA	PUÉRPERAS				TOTAL	
	PRIMÍPARAS		MULTÍPARAS			
	N°	%	N°	%	N°	%
CASTELLANO	17	45.95	5	13.51	22	59.46
CASTELLANO-QUECHUA	10	27.03	2	5.41	12	32.43
CASTELLANO-AYMARA	2	5.41	-	-	2	5.41
CASTELLANO-QUECHUA-AYMARA	-	-	1	2.70	1	2.70
TOTAL	29	78.38	8	21.62	37	100.00

Fuente: Cuestionario aplicado por la investigadora a puérperas menores de 30 años en el EE.SS.I-3 José Antonio Encinas de Puno, 2014.

En el cuadro evidenciamos la depresión postparto en puérperas primíparas y multíparas según idioma, del 100% de puérperas primíparas y multíparas el 45.9% representa con depresión, con el idioma castellano, seguidamente el 27.0% hablan el idioma castellano y quechua y solo el 5.4% de primíparas hablan el idioma castellano y aymara.

Los resultados obtenidos del presente estudio son semejantes con los estudios de investigación de Aramburu (2004) y Vargas (2009). Al respecto Aramburu (2004): refiere que la prevalencia de depresión postparto diagnosticada por medio del test de Edimburgo se confirmó una prevalencia de 24.1% de depresión postparto en Lima Metropolitana. Los factores ginecoobstétricos, el estatus socioeconómico y los actores psicosociales como el idioma son factores de riesgo para el desarrollo de depresión postparto.

Vargas (2009); refiere que un resultado claramente negativo en el periodo perinatal de las mujeres es la depresión postparto. La mayor parte de las investigaciones sobre la depresión postparto ha buscado causas biológicas o psicosociales de ella, tales

como cambios hormonales, edad maternal y número de alumbramientos, historia psiquiátrica, atmósfera marital, etc. Al momento se le ha dado poca consideración al impacto del contexto cultural del periodo postparto como causa de la depresión, factores tales como la organización de la familia y el grupo social, el papel de las expectativas de la propia madre y de las que pudieran mostrar otros familiares o personas significativas, etc. Si revisamos la literatura antropológica sobre los nacimientos encontraríamos que existen elementos comunes en la estructuración social del periodo postparto en diferentes culturas. Esto nos permite afirmar que la experiencia de la depresión postparto se exagera y se potencializa por factores socioculturales como el idioma.

En consecuencia, los hallazgos encontrados en el presente estudio concluyen que la experiencia de la depresión postparto en puérperas primíparas y multíparas se exagera y se potencializa por factores socioculturales dentro de las que se puede considerar el idioma castellano, quechua y aymara debido a que el idioma es un sistema comunicacional, formado por palabras y/o gestos, que resulta propio de una colectividad; cuando estos sistemas cuentan con la característica de la inteligibilidad mutua. En tal sentido la lengua se aprende, no es innata y no se hereda se adquiere como consecuencia de la vida en relación social. Dado los resultados anteriores se llega a la conclusión que es esencial para el profesional de enfermería el dominar el idioma de la zona rural y periurbana donde labore para que exista una comunicación terapéutica entre enfermera-puérpera.

CUADRO N° 05

DEPRESIÓN POSTPARTO EN PUÉRPERAS PRIMÍPARAS Y MULTÍPARAS SEGÚN GRADO DE INSTRUCCIÓN, EE.SS. I-3 JOSÉ ANTONIO ENCINAS DE PUNO, 2014.

DEPRESIÓN DE GRADO INSTRUCCIÓN	PUÉRPERAS				TOTAL	
	PRIMÍPARAS		MULTÍPARAS			
	N°	%	N°	%	N°	%
SECUNDARIA INCOMPLETA	3	8.11	-	-	3	8.11
SECUNDARIA COMPLETA	13	35.14	4	10.81	17	45.95
SUPERIOR INCOMPLETA	8	21.62	3	8.11	11	29.73
SUPERIOR COMPLETA	5	13.51	1	2.70	6	16.22
TOTAL	29	78.38	8	21.62	37	100.00

Fuente: Cuestionario aplicado por la investigadora a puérperas menores de 30 años en el EE.SS.I-3 José Antonio Encinas de Puno, 2014.

En el presente cuadro evidencia la depresión postparto en puérperas primíparas y multíparas según grado de instrucción; del 100% de puérperas, el 35.1% representan primíparas con depresión, con grado de instrucción de secundaria completa, seguido el 21.6% de madres con superior incompleta, 13.5% con superior completa y el 8.1% de puérperas con secundaria incompleta.

Los estudios de investigación por ENDES (2007); Urdaneta (2009) y Rojas (2010) son similares los resultados al presente estudio. Al respecto Urdaneta (2009); refiere que la depresión postparto es un importante trastorno de la salud mental en la mujer, al cual han atribuido variados factores de riesgo para su presentación. Con diversos factores de riesgos que permitirían tomar acciones para un diagnóstico oportuno de esta enfermedad; determinándose que de las características evaluadas, tanto de índole biológico, psicológico como social, solamente mostraron una asociación significativa con el desarrollo de depresión postparto, presentar antecedentes de depresión o melancolía, con el grado de instrucción del nivel primario o inferior, los trastornos médicos durante el embarazo, la enfermedad del neonato, el nacimiento mediante cesárea, no contar con el apoyo familiar, no contar con el apoyo de su pareja. Mientras que las puérperas de parto vaginal han alcanzado un nivel educativo superior de la primaria tenían un efecto protector.

ENDES (2007); refiere que alrededor de dos millones de madres siguieron educación superior, sea universitaria o no universitaria, lo que representa un 25,7%. Del mismo modo, cerca de la tercera parte (30,5%) de las madres alcanzó educación secundaria, el 29,7% tiene primaria y el 14,1% no cuenta con nivel inicial.

Asimismo Rojas (2010); en su estudio de investigación afirma que las puérperas con depresión postparto que se controlan en atención primaria no cuentan con un trabajo remunerado, poseen solo estudios básicos, carecen de un adecuado apoyo social, tienen embarazos no planificados, y tienen grado de instrucción del nivel de secundaria incompleta, no tienen una pareja estable. La mayoría de las madres cuidaba sola a su bebé y, si recibía ayuda, en la mayoría de los casos ésta provenía de su propia madre. Estas son características psicosociales que ya han sido señaladas como factores de riesgo de una depresión postparto por otros autores en nuestro medio y en el extranjero. Su presencia condicionaría un mayor riesgo de depresión postparto producto de un mayor estrés psicosocial. De no mediar una intervención, estos factores pueden interactuar condicionando la intensidad de la sintomatología depresiva, e interferir con la posibilidad de recuperación de esta enfermedad, con consecuencias negativas en el funcionamiento psicosocial de las madres y la crianza de sus hijos.

En otro estudio de investigación según Evans M, Vicuña M (2003); menciona que la depresión postparto es un problema de salud pública con prevalencia a nivel mundial. Durante el puerperio existen cambios bioquímicos y estrés que pueden desencadenar estos trastornos en depresión postparto. El autor considera que otros factores como el nivel socioeconómico y el grado de instrucción de las puérperas, se considera como factores contribuyentes para desarrollar una depresión postparto, es un verdadero problema de salud pública, si solo nos atenemos a las cifras enunciadas afectará a 1 de cada 3 puérperas, por lo que un manejo multidisciplinario con psicólogos, obstetras y en casos más severos psiquiatras, debe estar disponible en todos los niveles de atención.

Ante este panorama se concluye que los resultados obtenidos del presente estudio son preocupantes ya que en estos estudios se detectaron que las madres puérperas con grado de instrucción del nivel secundaria incompleta y completa con un rango de edad de 16 a 24 años, son madres primerizas, dedicándose a los quehaceres del hogar, abandonan sus estudios, algunas decidieron continuar estudiando, no viven con su pareja, depende económicamente del apoyo de sus padres, su bebé se queda al cuidado de la abuela materna o familiares; enfrentar y asumir el rol de madre en una

edad prematura es una situación muy difícil para estas madres, por consiguiente la educación como característica personal mantiene una estrecha relación con diversos fenómenos socioeconómicos; como la dependencia económica que desencadena en un factor de riesgo para la depresión postparto.



CUADRO N° 06

DEPRESIÓN POSTPARTO EN PUÉRPERAS PRIMÍPARAS Y MULTÍPARAS SEGÚN ESTADO CIVIL, EE.SS. I-3 JOSÉ ANTONIO ENCINAS DE PUNO, 2014.

DEPRESIÓN ESTADO CIVIL	PUÉRPERAS				TOTAL	
	PRIMÍPARAS		MULTÍPARAS			
	N°	%	N°	%	N°	%
CASADA	2	5.41	1	2.70	3	8.11
CONVIVIENTE	22	59.46	7	18.92	29	78.38
SOLTERA	5	13.51	-	-	5	13.51
TOTAL	29	78.38	8	21.62	37	100.00

Fuente: Cuestionario aplicado por la investigadora a puérperas menores de 30 años en el EE.SS. I-3 José Antonio Encinas de Puno, 2014.

El presente cuadro refleja la depresión postparto en puérperas primíparas y multíparas según estado civil, del 100% de puérperas, el 59.5% son primíparas con depresión de estado civil convivientes, el 13.5% solteras y con 5.4% son casadas.

Los estudios de investigación por Alvarado (1992), ENDES (2007) y Martínez (2001) son semejantes con los resultados obtenidos del presente estudio. Al respecto Martínez (2001); refiere que existe una prevalencia importante de depresión postparto, destacando también la experiencia del embarazo, el parto, el puerperio y la capacidad para afrontar, asimismo factores sociales como el estado civil, se relaciona con la depresión postparto en estas madres puérperas.

Por otro lado Alvarado (1992); menciona que la actitud negativa hacia su embarazo, el antecedente de depresión en el tercer trimestre de éste y la insatisfacción con su relación de pareja, son los factores que se asociaron en forma significativa de los que se puede considerar el estado civil como convivientes coincidiendo con los resultados del presente estudio.

ENDES (2007), refiere que la convivencia es el estado conyugal predominante de madres adolescentes, del total de madres adolescentes, el 63,8%, declaró que convive con su pareja, en tanto que un 23,8% manifestaron que son madres solteras.

Los hallazgos encontrados del presente estudio corroboran las conclusiones planteadas por Martínez (2001) y Alvarado (1992); quienes emplean que los factores sociales como el estado civil se relaciona con la depresión postparto de las puérperas primíparas y multíparas con estado civil conviviente, que se dedican al cuidado de su niño y los quehaceres del hogar y pocas son madres solteras que no viven con su pareja, están estudiando y trabajando. Es una situación donde existen posibilidades para desencadenar una depresión postparto; siendo el estado civil una situación jurídica en la familia y la sociedad, determina su capacidad para ejercer ciertos derechos y contraer ciertas obligaciones, es indispensable, indisponible e imprescriptible, asignación que corresponde a la ley en base a las normas de la constitución política del Perú, siendo reconocido social y culturalmente. Las responsabilidades del hogar son cada vez más de elevadas tensiones y problemas que dificultan el cumplimiento de los deberes de padres del bebé, esta situación trae una experiencia muchas veces negativa que va a determinar su forma de actuar en el hogar, como el cuidado de la propia salud y de los que conforma la familia (puérpera, pareja y el bebé).



CUADRO N° 07

DEPRESIÓN POSTPARTO EN PUÉRPERAS PRIMÍPARAS Y MULTÍPARAS SEGÚN OCUPACIÓN, EE.SS. I-3 JOSÉ ANTONIO ENCINAS DE PUNO, 2014.

DEPRESIÓN ESTADO CIVIL	PUÉRPERAS				TOTAL	
	PRIMÍPARAS		MULTÍPARAS			
	N°	%	N°	%	N°	%
CASADA	2	5.41	1	2.70	3	8.11
CONVIVIENTE	22	59.46	7	18.92	29	78.38
SOLTERA	5	13.51	-	-	5	13.51
TOTAL	29	78.38	8	21.62	37	100.00

Fuente: Cuestionario aplicado por la investigadora a puérperas menores de 30 años en el EE.SS. I-3 José Antonio Encinas de Puno, 2014.

En el cuadro observamos la depresión postparto en puérperas primíparas y multíparas según ocupación, del 100% de puérperas primíparas y multíparas con depresión, el 40.5% son primíparas y el 16.2% son multíparas en ambos grupos tienen como ocupación su casa, un 35.1% de primíparas son estudiantes, y el 2.7% de madres multíparas son estudiantes.

Los estudios de investigación de Rondón (2005) y Escobar (2008) son parecidos con los resultados del presente estudio. Al respecto Rondón (2005); refiere que las puérperas primíparas y multíparas atraviesan por los mismos cambios hormonales masivos, y están sujetas, poco más o menos, a similares demandas de adaptación por el cambio de roles, Sin embargo no todas hacen depresión clínicamente importante. Durante los primeros días postparto disminuyen las tasas de estrógeno y progesterona y se realizan cambios en el metabolismo del cortisol. Además, hay un estado hipotiroideo que puede durar hasta un año. Son factores de riesgo para la depresión puerperal: antecedentes personal o familiar, estertores durante el año previo, ambivalencia, conflicto conyugal, falta de apoyo social y familiar, hipotiroidismo, factores obstétricos, mala salud del niño, falta de experiencia en la crianza, mala relación de la mujer con su propia madre, estatus socioeconómico bajo.

En otro estudio de investigación realizado por Escobar (2008); menciona que la depresión postparto en puérperas de la ciudad de Lima, en la cual han sido evaluadas con el mismo instrumento test de Edimburgo reporta una prevalencia del 17%. Por otro lado, estas cifras difieren de investigaciones de otros países hispanoamericanos. Así, en Chile se reporta una prevalencia del 22. Esto indica que este trastorno, si bien tiene una prevalencia elevada y urge su detección y atención temprana, presenta un porcentaje mayor lo cual podría explicarse por condiciones socioeconómicas, culturales o biológicas. Las puérperas se caracterizan por un nivel socioeconómico bajo, por lo cual se espera una prevalencia mayor a lo reportado, porque diferentes estudios (Evans, Vicuña y Marín, 2003, Alvarado et.al. 2000, Manchado et.al.1997) han relacionado los niveles de depresión postparto con el nivel socioeconómico, siendo el bajo el sector de mayor vulnerabilidad.

En consecuencia de acuerdo con los hallazgos encontrados del presente estudio se concluye que, la ocupación es uno de los factores psicosociales que podría desarrollar la depresión postparto. La mayoría de las puérperas primíparas que desarrollaron depresión postparto tienen como ocupación su casa; debido a que en este periodo del puerperio este grupo tienen una dedicación exclusiva al cuidado del su bebé y su hogar. Debido a la vulnerabilidad del concebido, y al cambio repentino de ser adolescente a ser adulta sin antes haber pasado una etapa de vida. Por consiguiente la ocupación aporta un sentido de vida, una identidad por la que luchar y trabajar; una identidad psicológica y una identidad espiritual; proporciona un papel, un sentimiento de pertenencia a un grupo o cultura.

CUADRO N° 08

DEPRESIÓN POSTPARTO EN PUÉRPERAS PRIMÍPARAS Y MULTÍPARAS SEGÚN CONTROL PRENATAL, EE.SS. I-3 JOSÉ ANTONIO ENCINAS DE PUNO, 2014.

DEPRESIÓN CONTROL PRENATAL	PUÉRPERAS				TOTAL	
	PRIMÍPARAS		MULTÍPARAS			
	N°	%	N°	%	N°	%
ANTES DE LAS 31 SEMANAS.	13	35.14	3	8.11	16	43.24
31 A 34 SEMANAS.	3	8.11	-	-	3	8.11
35 A 42 SEMANAS.	13	35.14	5	13.51	18	48.65
TOTAL	29	78.38	8	21.62	37	100.00

Fuente: Cuestionario aplicado por la investigadora a puérperas menores de 30 años en el EE.SS. I-3 José Antonio Encinas de Puno, 2014.

Leyenda:*CONTROL PRENATAL EN LA GESTANTE:**

Antes de las 31 semanas de gestación: 6 controles prenatales

De 31 a 34 semana de gestación: 2 controles prenatales

De 35 semanas a 42 semanas de gestación: 4 controles prenatales.

En el presente cuadro refleja la depresión postparto en puérperas primíparas y multíparas según control prenatal; del 100% de puérperas primíparas y multíparas con depresión, el 35.1% de primíparas tienen seis controles prenatales mensuales antes del séptimo mes; en la misma proporción reciben cuatro controles prenatales semanales desde el octavo al noveno mes y el 8.1% tienen dos controles prenatales desde el séptimo al octavo mes cada quincenal.

Los resultados del presente estudio de investigación son semejantes con los estudios de investigación por Rondón (2005), Roque (2010) y Gutiérrez (2010). Al respecto Rondón (2005); refiere que el puerperio es una etapa de alta vulnerabilidad psicológica para la mujer, es un periodo de 45 días después del parto, pero para los psiquiatras es definido periodo puerperal a todo el desorden que aparece hasta un

año después del parto. En esta etapa ocurre una gama de alteraciones emocionales que van de la tristeza materna hasta la depresión mayor con manifestaciones psicóticas. El autor concluye que la atención integral del embarazo y el parto debe incluir la evaluación del estado emocional de la mujer, pues las alteraciones depresivas son comunes y tiene serias repercusiones sobre el bienestar de la madre y el infante. Medidas de soporte y psicoeducación han demostrado ser útiles en el manejo de los síntomas, aunque en el caso de presentarse desordenes depresivos bien caracterizados es imprescindible buscar la atención especializada.

Por otro lado Roque (2010); menciona que durante el embarazo y el puerperio son frecuentes los cambios emocionales que pueden ocasionar sentimientos de tristeza, ansiedad o temor. En la mayoría de las púerperas, estos sentimientos denominados “tristeza materna” desaparecen rápidamente, si no ocurre así empeoran se catalogan como depresión postparto. Los factores asociados con este padecimiento pueden identificarse durante el control prenatal para proporcionar atención especial a estas púerperas, y así prevenir las complicaciones resultantes.

Gutiérrez (2010) en su trabajo de investigación; refiere que la frecuencia de tristeza materna es baja en nuestra población. Los factores asociados con este problema pueden identificarse durante el control prenatal para proporcionar atención especial a estas mujeres, y así prevenir las complicaciones resultantes

Ante este panorama se concluye que los resultados obtenidos del presente estudio son similares con los estudios de investigación por Rondón (2005), Roque (2010) y Gutiérrez (2010), quienes plantean que durante la atención integral del embarazo y el puerperio debe incluir la evaluación del estado emocional de la mujer, pues las alteraciones depresivas son comunes y tiene serias repercusiones sobre el bienestar del binomio madre-hijo. La atención prenatal constituye una serie de visitas programadas para la embarazada con el proveedor de salud, donde se brindan cuidados óptimos, con el objetivo de vigilar la evolución del embarazo y lograr una adecuada preparación para el parto y cuidados de recién nacido(a). La atención debe ser precoz, periódica, continua, completa, de amplia cobertura, con calidad y equidad; de las púerperas primíparas y multíparas con depresión postparto son consideradas como gestantes controladas porque lograron realizarse seis controles prenatales como mínimo durante su gestación, frente a este problema por su prevalencia en primíparas adolescentes se agrega otros factores como el desconocimiento de su embarazo, por la falta de planificación y por miedo; asimismo refieren que algunas no tuvieron la oportunidad de participar en sesiones de psicoprofilaxis. Hasta la fecha no existe guías de intervenciones especializadas para los casos en que se detecte una depresión postparto en gestantes o púerperas en nuestra región de Puno.

VII. CONCLUSIONES:

El presente estudio permitió arribar a las siguientes conclusiones:

PRIMERA: Se concluye que en más de la mitad de puérperas primíparas y múltiparas presentaron depresión postparto porque es el periodo en que las puérperas atraviesan por una condición que contiene un gran cambio emocional y físico que contribuyen a precipitar la depresión postparto.

SEGUNDA: La depresión postparto se presentó en puérperas primíparas del grupo etario 16 a 19 años, debido a que este es una etapa característica de la adolescencia, encontrándose en situaciones donde existe malas relaciones interpersonales dentro de la familia, bajo apoyo social por parte de su pareja, primer embarazo y que culmina con una mayor probabilidad de un segundo embarazo adolescente.

TERCERA: La depresión postparto se presentó en puérperas primíparas de procedencia urbana, situación que se considera que ocurre por desconocimiento, por ser un tema nuevo, no darle la debida importancia a estas respuestas emocionales, hacen que desencadenen una depresión postparto.

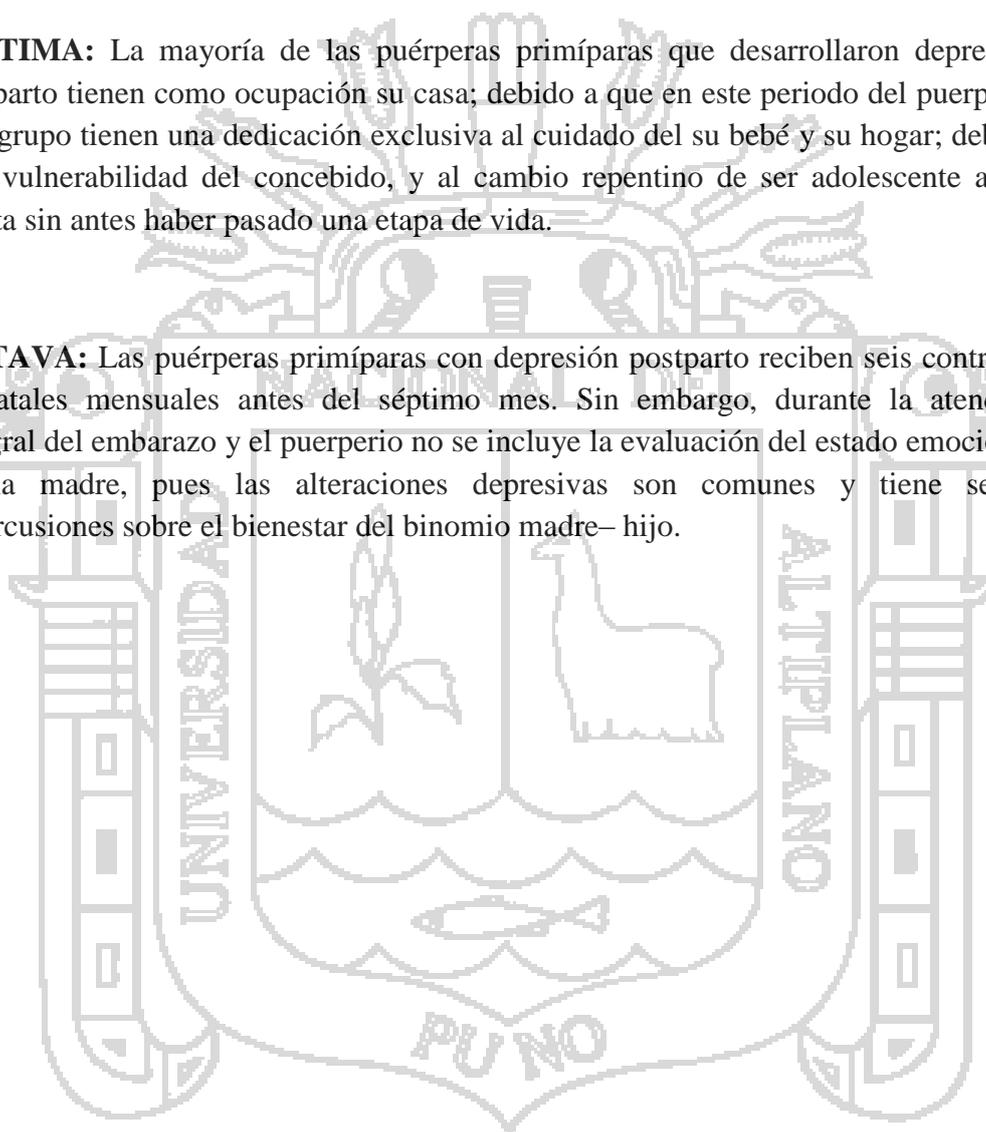
CUARTA: La experiencia de la depresión postparto en puérperas primíparas y múltiparas se exagera y se potencializa por factores socioculturales dentro de las que se puede considerar el idioma castellano y quechua, dado los resultados anteriores se llega a la conclusión que es esencial para el profesional de enfermería el dominar el idioma de la zona rural y periurbana donde labore para que exista una comunicación terapéutica efectiva entre enfermera y puérpera.

QUINTA: La depresión postparto desarrollaron la mayoría de las puérperas primíparas con grado de instrucción secundaria completa debido a que el embarazo en adolescentes tiene la tendencia al abandono de sus estudios, dedicándose a los quehaceres del hogar, asumir el rol de madre en una edad prematura; por consiguiente la educación como característica personal mantiene una estrecha relación con diversos fenómenos socioeconómicos; como la dependencia económica que desencadena en un factor de riesgo para la depresión postparto.

SEXTA: Las puérperas primíparas y multíparas con depresión postparto, en su mayoría, son de estado civil conviviente, creando una situación jurídica diferenciada en la familia y la sociedad; las responsabilidades del hogar son cada vez más elevadas tensiones y problemas que dificultan el cumplimiento de los deberes de padres del niño, esta situación trae una experiencia muchas veces negativa que va a determinar su forma de actuar en el hogar, como el cuidado de la propia salud y de los que conforma la familia.

SEPTIMA: La mayoría de las puérperas primíparas que desarrollaron depresión postparto tienen como ocupación su casa; debido a que en este periodo del puerperio este grupo tienen una dedicación exclusiva al cuidado del su bebé y su hogar; debido a la vulnerabilidad del concebido, y al cambio repentino de ser adolescente a ser adulta sin antes haber pasado una etapa de vida.

OCTAVA: Las puérperas primíparas con depresión postparto reciben seis controles prenatales mensuales antes del séptimo mes. Sin embargo, durante la atención integral del embarazo y el puerperio no se incluye la evaluación del estado emocional de la madre, pues las alteraciones depresivas son comunes y tiene serias repercusiones sobre el bienestar del binomio madre– hijo.



VIII. RECOMENDACIONES:

DIRECTOR DE LAS REDES PUNO:

Sensibilizar a los responsables de la Estrategia Nacional de Salud Sexual y Reproductiva de las REDES-Puno, para la implementación de guías y proyectos de intervención que sean viables, sostenibles e institucionalizados para conducir la salud de la madre en el embarazo, parto y puerperio.

A LOS RESPONSABLES DE LOS CONSULTORIOS DE OBSTETRICIA Y CRECIMIENTO Y DESARROLLO DEL NIÑO MENOR DE 5 AÑOS DEL ESTABLECIMIENTO DE SALUD JAE.

Fortalecer las capacidades de los profesionales a través de una capacitación sobre psicoprofilaxis obstétrica y estimulación intrauterina a las madres gestantes, con la implementación de materiales, ambiente, recursos y la preparación de conocimientos actuales a los profesionales de salud encargados de la atención obstétrica.

Brindar una atención integral a las madres gestantes, puérperas, según la norma establecida en el MINSA; asimismo, incluir dentro del paquete de atención, formatos, guías para valorar oportunamente la depresión postparto.

A LOS PROFESIONALES RESPONSABLES DE LA ATENCIÓN MATERNA:

Sensibilizar a los profesionales responsables de la salud materna para concurrir en las puérperas primíparas y múltiparas y detectar oportunamente la depresión postparto en madres gestantes y puérperas utilizando del test de la escala de depresión postparto de Edimburgo adaptada.

AL DIRECTOR DE LA UGEL-PUNO:

Implementar sistemas de tutoría en las instituciones educativas del nivel secundario sobre temas en educación sexual y salud reproductiva en el adolescente.

A LOS ESTUDIANTES, BACHILLERES DE LA FACULTAD DE ENFERMERÍA DE LA UNA-PUNO:

Realizar estudios de investigación de tipo experimental (intervención), longitudinales aplicando el test de la escala de depresión postparto de Edimburgo en gestantes para hacer un descarte de una depresión postparto.

IX. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS:

Aramburu PR. Arellano RF et al. Prevalencia y factores asociados a depresión postparto en mujeres atendidas en establecimientos de salud del primer de atención en Lima Metropolitana, junio 2004. rev. per. obstet. [Revista en Internet]. 2004. [Visitado el 18 de enero del 2014]. Disponible en web:

http://sisbib.unmsm.edu.pe/bvrevistas/epidemiologia/v12_n3/pdf/a06v12_n3.pdf

Botero JU. Obstetricia y Ginecología. Texto integrado. 8ava ed. Bogotá- Colombia: Ediciones Tinta Fresca.2008: Pag: 173-9.

Buist AE. Perinatal depression. Australian Family Physician [Revista en Internet] Traducción en Español. 1999 [Visitado el 20 de diciembre del 2013];35(9).

Diaz SA.El Periodo Postparto. Instituto Chileno de Medicina Reproductiva. rev. chil. obstet. [Revista en Internet]. Chile. 2006. [Visitado el día 26 de Diciembre del 2013 a horas:17:15]. Disponible en web:

<http://www.unicef.cl/lactancia/docs/mod04/POSTPARTO.pdf>

Dois CA. Actualizaciones en depresión postparto. Escuela de Enfermería, facultad de medicina. Pontificia Universidad Católica de Chile [Revista en Internet]. Santiago-Chile.2009. [Visitado el día 16 de agosto del 2013 a horas:19:18]. Disponible en web:

http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S0138600X2012000400016&script=sci_arttext

Escobar JD. Depresión postparto: ¿se encuentra asociada a la violencia basada en género?. Facultad de Medicina [Revista en Internet]. Perú- Lima, 2009. [Visitado el 23 de Diciembre del 2013 a horas 15: 17]. Disponible en web:

http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1025-55832009000200006&lng=es&nrm=iso.

Errera GA. Características bio-pisco-sociales de las adolescentes puérperas del Hospital Regional Manuel Núñez Butrón- Puno- 2002. [Tesis de grado]. Universidad Nacional del Altiplano. Facultad de Enfermería.

Evans M. Gregorio, Vicuña M. Mcjohn, Depresión postparto realidad en el sistema público de atención de salud. Rev. chil. obstet. ginecol. [Revista en Internet]. Santiago-Chile.2003. [Visitado el 24 de enero del 2014 a horas 16:45]. Disponible en web:

http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-75262003000600006&lng=eshttp://dx.doi.org/10.4067/S071775262003000600006.

Gabbe JA, Niebyl JF. Obstetricia. 4ta ed. Madrid-España: Editorial El Servier science. Traducida al Español.2004: 702-04.

Gonzales MJ, Lailla VE. Obstetricia .6ta ed. Barcelona-España: Editorial el servier. Foletra S.A.2013:230

Lopes M. Frecuencia de la depresión puerperal en la maternidad de un hospital universitario de la Región del Sur. Enferm. glob. (online). vol.11, n.27 rev. esp. obstet. [Revista en internet].Murcia-España. 2012.[Visitado el 27 de Diciembre del 2013 a horas 20:50].Disponible en web:

http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S169561412012000300023&script=sci_artte_xt

Maroto NG, García CM, Fernández PA. Evaluación del estado de ánimo en el puerperio con la escala de depresión postnatal de Edimburgo. Escuela Andaluza de Salud Pública [Revista en Internet]. España- Granada. Noviembre-2004. [Visitado el día 27 de Diciembre del 2013 a horas: 20: 18]. Disponible en web:

http://www.aepc.es/ijchp/articulos_pdf/ijchp-146.pdf.

Medina SE. Diferencias entre la depresión postparto, la psicosis y la tristeza postparto. Universidad Anahuac del norte. Maestría en psicología clínica y psicoterapia. rev per. rep hum. Vol 27, n.3 [Revista en Internet].Mexico.2013. [Visitado el 27 de Diciembre del 2013 a horas 20:50].Disponible en web:

<http://www.medigraphic.com/pdfs/inper/ip-2013/ip133h.pdf>.

Miller LG. Chicago Women's Program: Comprehensive prenatal and postpartum psychiatric care for women with severe mental illness. APA. Psychiatric Services.2000; 47(10):1108-1111.[Revista en Internet]. Traducción en Español.2000. [Visitado el 30 de Noviembre del 2013].Disponible en web:

<http://www.icpsi.cl/articulos/AcPlvoll/postparto.pdf>.

Maradiegue MS. Evolución Diagnóstica y Manejo Terapéutico de la depresión y psicosis postparto de las pacientes egresadas del Hospital Nacional Psiquiátrico durante el período comprendido entre el 2000-2007. Tesis doctoral [Tesis de grado].Costa Rica. Octubre. 2009. [Visitado el día 20 de diciembre de 2011 a horas: 09: 30].

Organización Mundial de la salud. Depresión postparto [Versión Electrónica].2013. [Visitado el día 30 de septiembre del 2013 a horas: 15: 36]. Disponible en web:

<http://www.revistasmedicasmexicanas.com.mx/download/gineco/2010/ENERO/Femego%201.10-10%20PREVALENCIA.pdf>.

Pantoja MP. Factores de riesgo en la psicosis postparto. [Tesis de grado en internet].UCR. Lima- Perú, Enero, 1995.

Ramírez TY. Depresión fisiopatología y tratamiento. Centro Nacional de Información de Medicamentos Instituto de Investigaciones Farmacéuticas. Facultad de Farmacia. Universidad de Costa Rica. rev. mex. obstet. [Revista en internet].Diciembre 2003.[Visitado el día 30 de septiembre del 2013 a horas: 15: 36].Disponiblen web:

<http://sibdi.ucr.ac.cr/boletinespdf/cimed7.pdf>.

Reeder JS. Enfermería materna infantil. 3a ed. México: Editorial Interamericana Mc. GRAW- HILL.1995.Pag.:599-18.

Gutiérrez RG, Dueñas-de la Rosa ME. Prevalencia de tristeza materna y sus factores asociados. Artículo original Ginecol Obstet Mex. [Revista en internet]. México. 2010. [Visitado el día 16 de enero del 2014 a horas 17:38]. Disponible en web:

<http://new.medigraphic.com/cgi-bin/resumen.cgi?IDREVISTA=78&IDARTICULO=27159&IDPUBLICACION=2823>

Rondón RM. Trastornos depresivos del embarazo y puerperio. [Revista en internet]. Acta Médica Peruana. Perú. 2005. [Visitado el día 20 de setiembre del 2013 a horas: 10:00]. Disponible en web:

http://sisbib.unmsm.edu.pe/bvrevistas/acta_medica/2005_n1/pdf/a03.pdf.

Robinson GE. El tratamiento de los trastornos psiquiátricos postparto.

International Psychiatry Today. [Revista en internet]. Traducida al Español. 1995;4(4):6-8.

Rojas GF, Fritsch RA, Rojas FD, Barroilhet GE. Caracterización de madres deprimidas en el postparto. Rev. méd. Chile [Revista en Internet]. Santiago – Chile. 2010. [Visitado el 14 de enero del 2014 a horas 20:27]. Disponible en web:

http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S00349887201000500002&lng=es. <http://dx.doi.org/10.4067/S003498872010000500002>.

Roque FG. Prevalencia de depresión postparto y sus factores de riesgo". Rev. méd. per [Revista en Internet]. Lima – Perú. 2010. [Visitado el 18 de enero del 2014 a horas 20:27]. Disponible en web: <http://www.redalyc.org/pdf/507/50719094003.pdf>

Santos IN. Validación de la Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS) en una muestra de madres de Pelotas Nacimiento Estudio de Cohorte de 2004. *Cad. Saúde Pública* [Revista en internet]. Traducida al Español, 2007, vol.23, n.11, pp 2577-2588. [Visitado el 27.12.2013. A horas: 16: 14]. Disponible en web:

http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2007001100005&lng=en&nrm=iso. ISSN 0102-311X.

Stephen MT. El uso de la escala de depresión postnatal de Edimburgo para la detección de los trastornos de ansiedad: consideraciones conceptuales y metodológicas. *EdiJournal of Affective Disorders*. [Revista en Internet]. Brazil, 2012. vol 146, n°2, pág: 224 a 230 [Visitado el 20 de setiembre del 2013].

Toranzo PG. Efectos de un programa preventivo prenatal para la depresión puerperal en primigestas/Effects of a prenatal preventive program for puerperal depression in primiparous women. a rev.Asoc. [Revista en internet]. Traducida al Español, 2012. [Visitado el 20 de septiembre del 2013].Doc. USMP;27(23):257-274 Disponible en web: http://www.fctcp.usmp.edu.pe/cultura/imagenes/pdf/23_09.pdf

Urdaneta MF, Rivera SA. Factores de riesgo de depresión postparto en puérperas venezolanas valoradas por medio de la escala de Edimburgo. Programa de Obstetricia y Ginecología, Universidad del Zulia, Hospital Universitario de Maracaibo. Departamento de Ginecología y Obstetricia. Rev. chil. obstet. ginecol. [Revista en internet].Mexico.2009. [Visitado el día 08 de Agosto del 2013 a horas:15: 30]. Disponible en web: <http://www.revistasochog.cl/files/pdf/DR.URDANETA1.pdf>

Vargas MJ, García JM. Depresión postparto presencia y manejo psicológico. rev. mex. obstet [Revista en internet].Mexico.2009. [Visitado el día 28 de Setiembre del 2013 a horas: 15: 30]. Disponible en web:

http://www.conductitlan.net/43_depresion_postparto_presencia_manejo_psi_cologico.pdf.

Wolff C, Valenzuela X, Zapata B. Depresión postparto en el embarazo adolescente: análisis del problema y sus consecuencias. Rev. chil. obstet. ginecol. [Revista en internet]. Chile. 2009 [visitado el 15 de enero del 2014 a horas 22:08]; 74(3):151-158.Disponible en web:

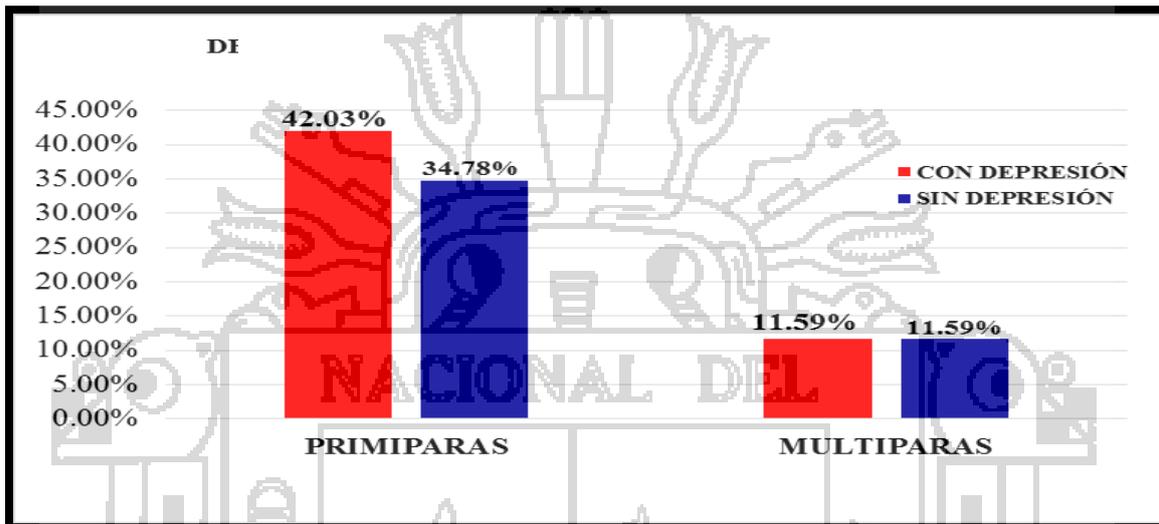
http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=s0717-75262009000300004&lng=es. <http://dx.doi.org/10.4067/s0717-75262009000300004>.



ANEXO 01:

GRÁFICO N°01

DEPRESIÓN POSTPARTO EN PUÉRPERAS PRIMÍPARAS Y MULTÍPARAS, EE.SS. I-3 JOSÉ ANTONIO ENCINAS DE PUNO, 2014.

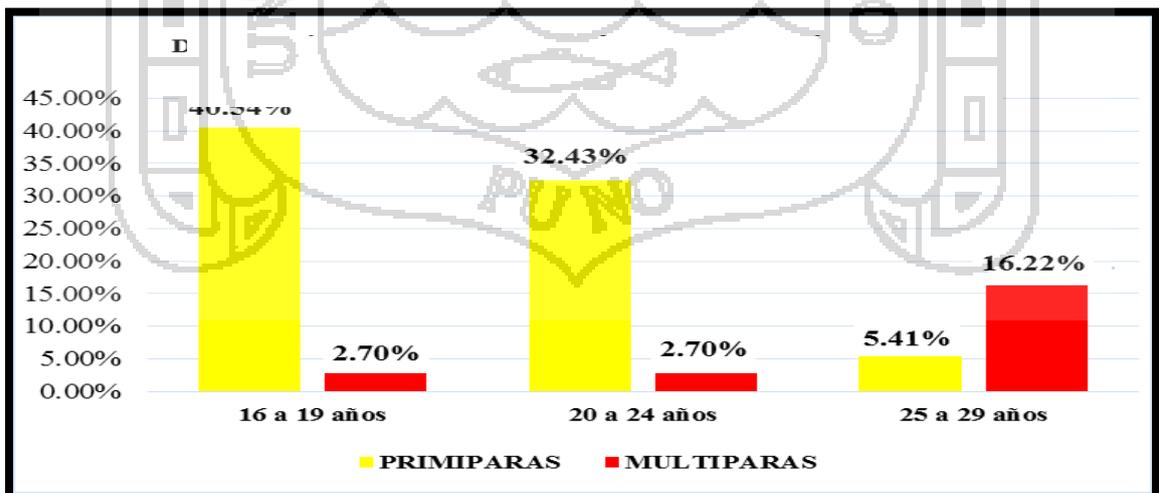


Fuente: Cuestionario aplicado a puérperas menores de 30 años en el EE.SS. I-3 José Antonio Encinas de Puno, 2014

Elaborado: por la investigadora

GRÁFICO N°02

DEPRESIÓN POSTPARTO EN PUÉRPERAS PRIMÍPARAS Y MULTÍPARAS SEGÚN LA EDAD, EE.SS. I-3 JOSÉ ANTONIO ENCINAS DE PUNO, 2014.

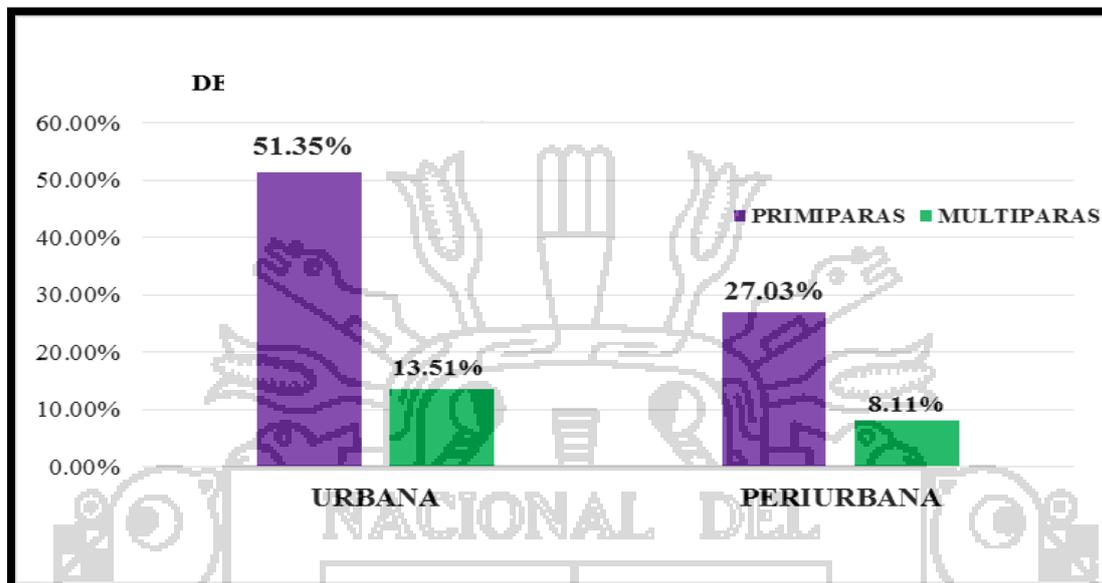


Fuente: Cuestionario aplicado a puérperas menores de 30 años en el EE.SS. I-3 José Antonio Encinas de Puno, 2014.

Elaborado: por la investigadora

GRÁFICO N°03

DEPRESIÓN POSTPARTO EN PUÉRPERAS PRIMÍPARAS Y MULTÍPARAS SEGÚN LA PROCEDENCIA, EE.SS. I-3 JOSÉ ANTONIO ENCINAS DE PUNO, 2014.

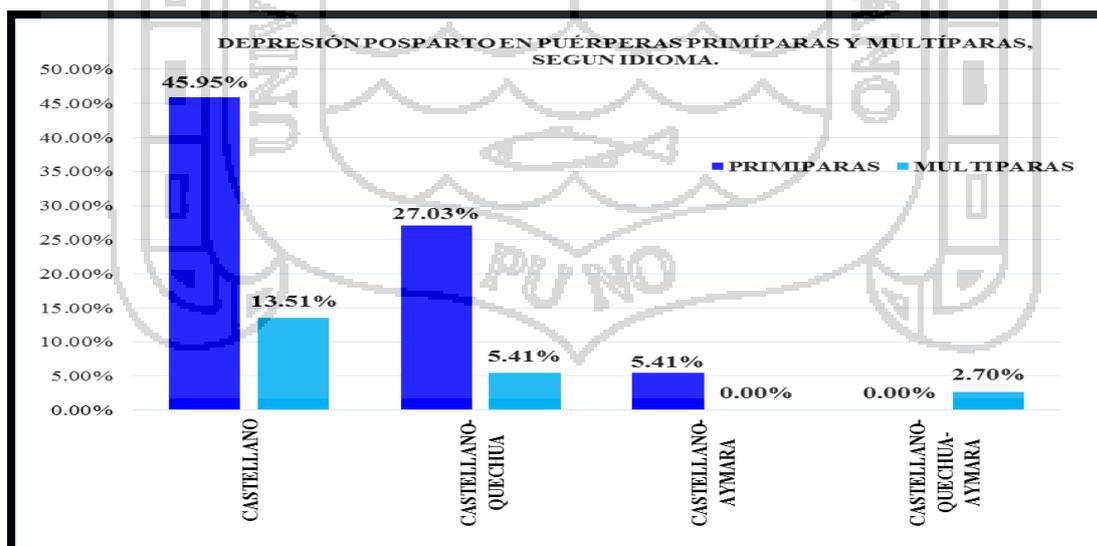


Fuente: Cuestionario aplicado a puérperas menores de 30 años en el EE.SS. I-3 José Antonio Encinas de Puno, 2014

Elaborado: por la investigadora

GRÁFICO N°04

DEPRESIÓN POSTPARTO EN PUÉRPERAS PRIMÍPARAS Y MULTÍPARAS SEGÚN EL IDIOMA, EE.SS. I-3 JOSÉ ANTONIO ENCINAS DE PUNO, 2014.

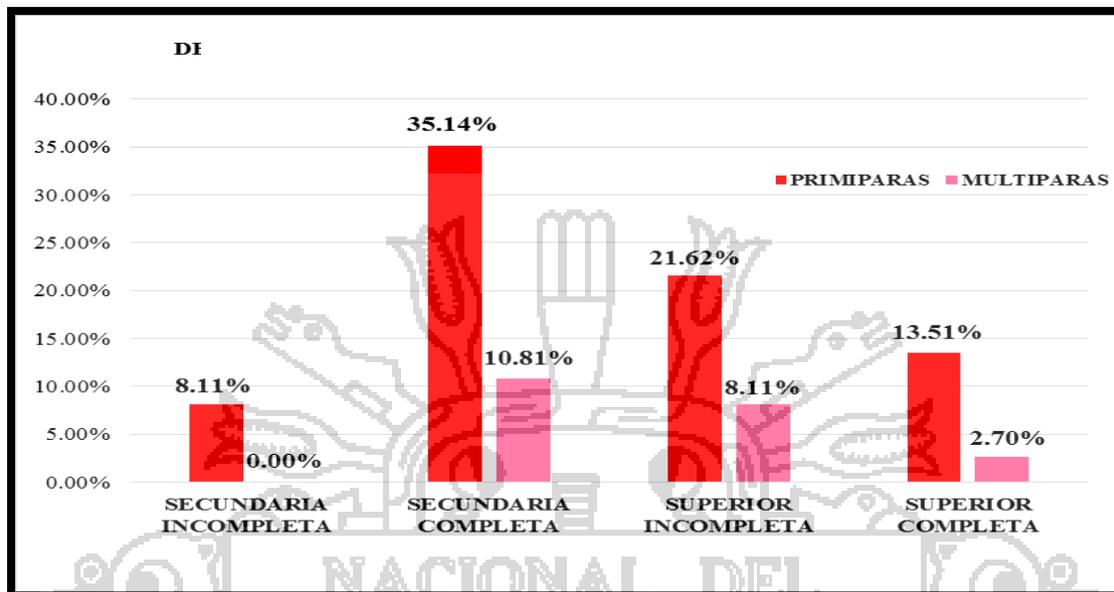


Fuente: Cuestionario aplicado a puérperas menores de 30 años en el EE.SS. I-3 José Antonio Encinas de Puno, 2014

Elaborado: por la investigadora.

GRÁFICO N°05

DEPRESIÓN POSTPARTO EN PUÉRPERAS PRIMÍPARAS Y MULTÍPARAS SEGÚN EL GRADO DE INSTRUCCIÓN, EE.SS. I-3 JOSÉ ANTONIO ENCINAS DE PUNO, 2014.

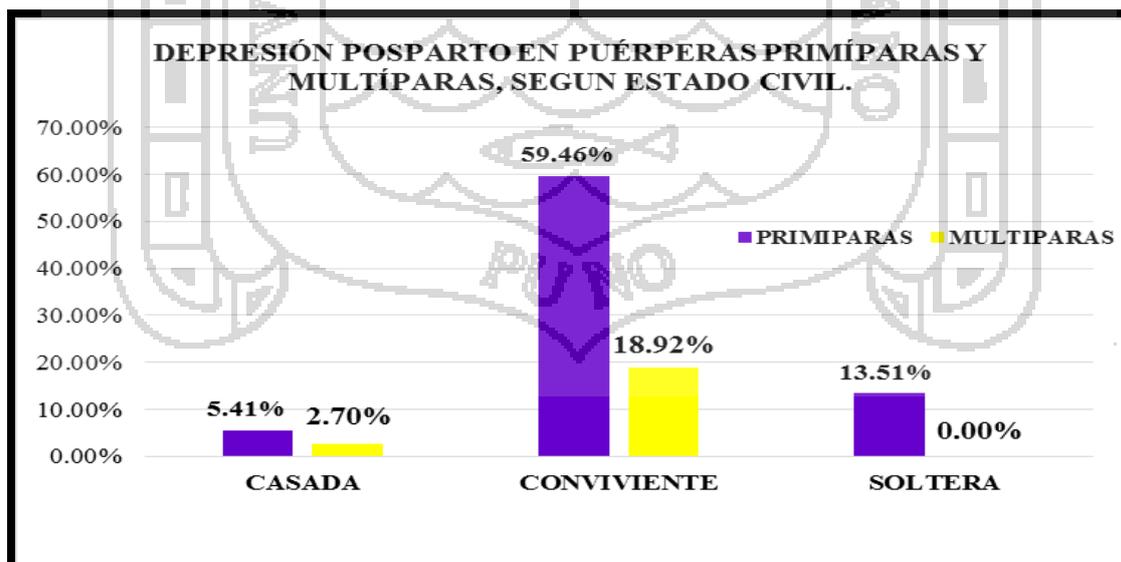


Fuente: Cuestionario aplicado a puérperas menores de 30 años en el EE.SS. I-3 José Antonio Encinas de Puno, 2014

Elaborado: por la investigadora

GRÁFICO N°06

DEPRESIÓN POSTPARTO EN PUÉRPERAS PRIMÍPARAS Y MULTÍPARAS SEGÚN EL ESTADO CIVIL, EE.SS. I-3 JOSÉ ANTONIO ENCINAS DE PUNO, 2014.

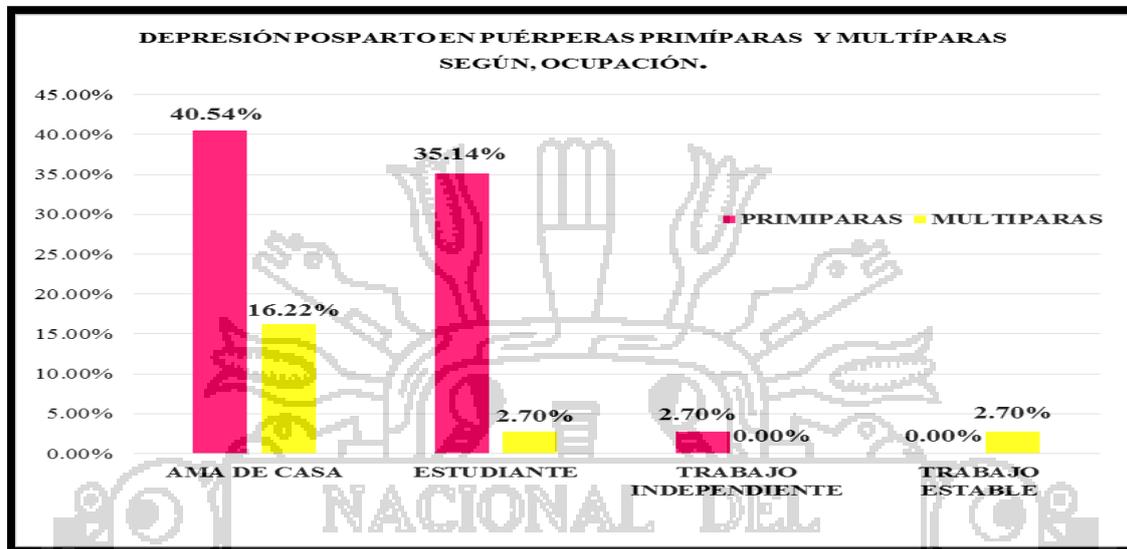


Fuente: Cuestionario aplicado a puérperas menores de 30 años en el EE.SS. I-3 José Antonio Encinas de Puno, 2014

Elaborado: por la investigadora.

GRÁFICO N°07

DEPRESIÓN POSTPARTO EN PUÉRPERAS PRIMÍPARAS Y MULTÍPARAS SEGÚN LA OCUPACIÓN, EE.SS. I-3 JOSÉ ANTONIO ENCINAS DE PUNO, 2014.

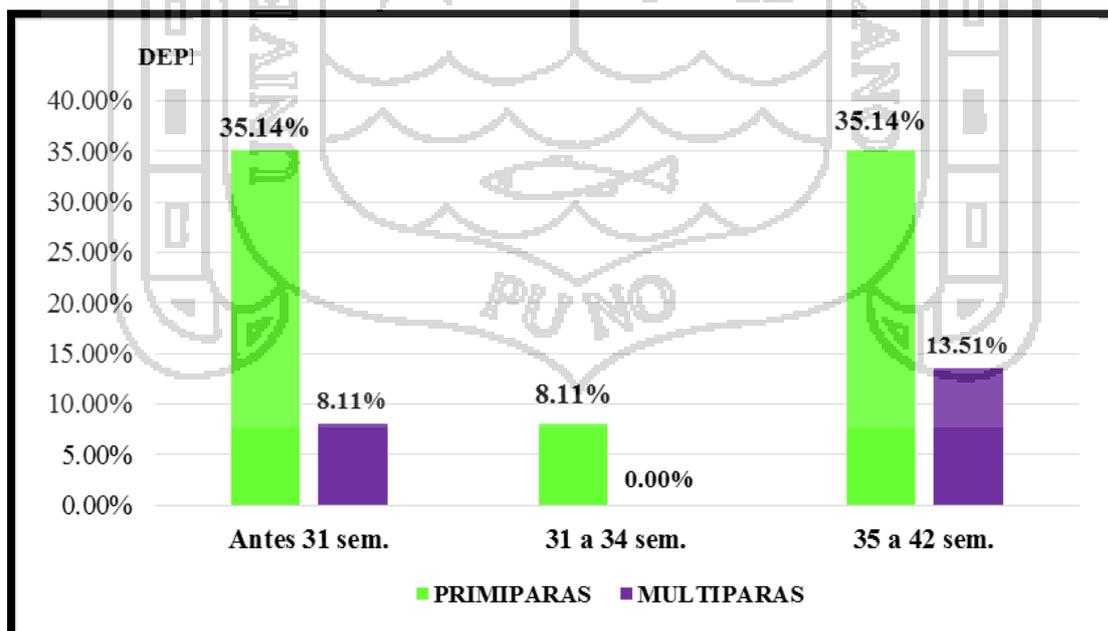


Fuente: Cuestionario aplicado a puérperas menores de 30 años en el EE.SS. I-3 José Antonio Encinas de Puno, 2014

Elaborado: por la investigadora

GRÁFICO N°08

DEPRESIÓN POSTPARTO EN PUÉRPERAS PRIMÍPARAS Y MULTÍPARAS SEGÚN ATENCIÓN PRENATAL, EE.SS. I-3 JOSÉ ANTONIO ENCINAS DE PUNO, 2014.



Fuente: Cuestionario aplicado a puérperas menores de 30 años en el EE.SS. I-3 José Antonio Encinas de Puno, 2014

Elaborado: por la investigador

CUADRO N°09

DEPRESIÓN POSTPARTO EN PUÉRPERAS PRIMÍPARAS Y MULTÍPARAS SEGÚN EL PUERPERIO, EE.SS. I-3 JOSÉ ANTONIO ENCINAS DE PUNO, 2014.

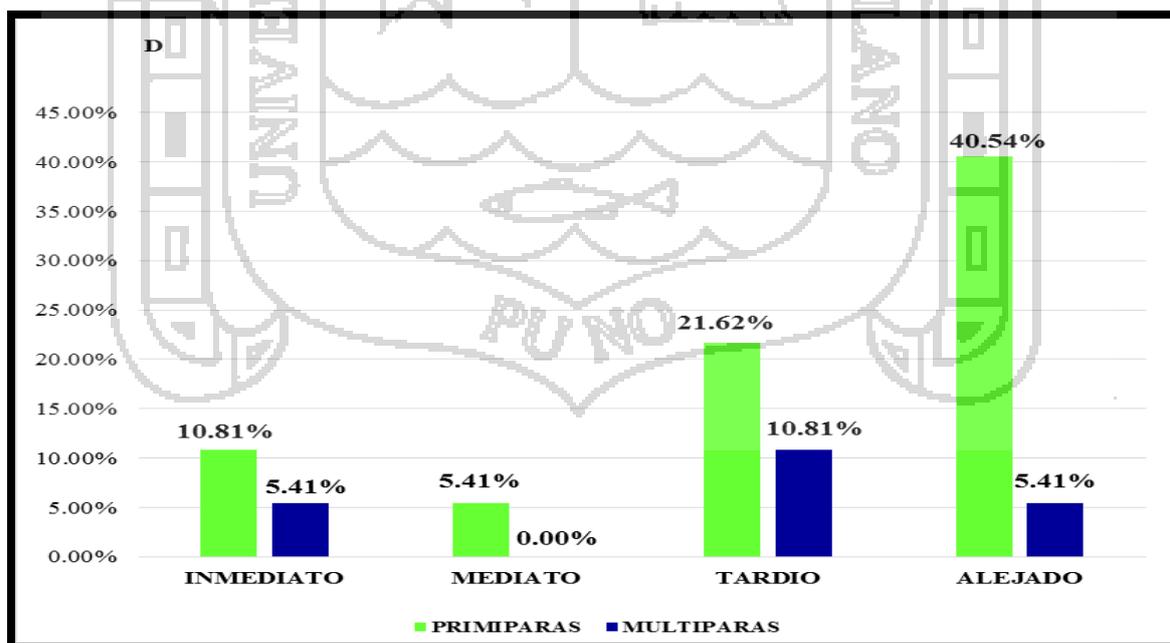
DEPRESIÓN	POSTPARTO				TOTAL	
	PRIMÍPARAS		MULTÍPARAS			
	N°	%	N°	%	N°	%
INMEDIATO	4	10.81	2	5.41	6	16.22
MEDIATO	2	5.41	-	-	2	5.41
TARDÍO	8	21.62	4	10.81	12	32.43
ALEJADO	15	40.54	2	5.41	17	45.95
TOTAL	29	78.4	8	21.6	37	100.0

Fuente: Cuestionario aplicado a puérperas menores de 30 años en el EE.SS. I-3 José Antonio Encinas de Puno, 2014

Elaborado: por la investigadora

GRÁFICO N°09

DEPRESIÓN POSTPARTO EN PUÉRPERAS PRIMÍPARAS Y MULTÍPARAS SEGÚN EL PUERPERIO, EE.SS. I-3 JOSÉ ANTONIO ENCINAS DE PUNO, 2014.



Fuente: Cuestionario aplicado a puérperas menores de 30 años en el EE.SS. I-3 José Antonio Encinas de Puno, 2014

Elaborado: por la investigadora

ANEXO 02:**CUADRO N° 9****DEPRESIÓN POSTPARTO EN PUÉRPERAS PRIMÍPARAS Y MULTÍPARAS, SEGÚN EDAD, EE.SS. I-3 JOSÉ ANTONIO ENCINAS DE PUNO, 2014.**

	VALOR DE DEPRESIÓN		Total
	SIN	CON DEPRESIÓN	
16	0 0,0%	1	1
17	0 0,0%	3	3
18	1 1,4%	5 7,2%	6 8,7%
19	0 0,0%	7 10,1%	7 10,1%
20	5 7,2%	6 8,7%	11 15,9%
21	3 4,3%	2 2,9%	5 7,2%
22	4 5,8%	2 2,9%	6 8,7%
23	2 2,9%	1 1,4%	3 4,3%
24	3 4,3%	2 2,9%	5 7,2%
25	5 7,2%	2 2,9%	7 10,1%
26	3 4,3%	2 2,9%	5 7,2%
27	2 2,9%	0 0,0%	2 2,9%
28	1 1,4%	2 2,9%	3 4,3%
29	3 4,3%	2 2,9%	5 7,2%
Total	46,4%	53,6%	69 100,0%

Fuente: Cuestionario aplicado por la investigadora a puérperas menores de 30 años en el EE.SS. I-3 José Antonio Encinas de Puno, 2014.

Elaborado: por la investigadora

CUADRO N° 10**DEPRESIÓN POSTPARTO EN PUÉRPERAS PRIMÍPARAS Y MULTÍPARAS, SEGÚN PROCEDENCIA, EE.SS. I-3 JOSÉ ANTONIO ENCINAS DE PUNO, 2014.**

	VALOR DE DEPRESIÓN		Total
	SIN	CON DEPRESIÓN	
Urbano	25 36,2%	24	49
Rural	7 10,1%	13 18,8%	20 29,0%
Total	46,4%	53,6%	69 100,0%

Fuente: Cuestionario aplicado por la investigadora a puérperas menores de 30 años en el EE.SS. I-3 José Antonio Encinas de Puno, 2014

Elaborado: por la investigadora

CUADRO N° 11**DEPRESIÓN POSTPARTO EN PUÉRPERAS PRIMÍPARAS Y MULTÍPARAS, SEGÚN IDIOMA, EE.SS. I-3 JOSÉ ANTONIO ENCINAS DE PUNO, 2014**

	VALOR DE DEPRESIÓN		Total
	SIN	CON DEPRESIÓN	
Castellano	25 36,2%	22	47
Castellano-Quechua	6 8,7%	12 17,4%	18 26,1%
Castellano-Aymara	1 1,4%	2 2,9%	3 4,3%
Castellano-Quechua-Aymara	0 0,0%	1 1,4%	1 1,4%
Total	46,4%	53,6%	69 100,0%

Fuente: Cuestionario aplicado por la investigadora a puérperas menores de 30 años en el EE.SS. I-3 José Antonio Encinas de Puno, 2014

Elaborado: por la investigadora.

CUADRO N°12

DEPRESIÓN POSTPARTO EN PUÉRPERAS PRIMÍPARAS Y MULTÍPARAS, SEGÚN GRADO DE INSTRUCCIÓN, EE.SS. I-3 JOSÉ ANTONIO ENCINAS DE PUNO, 2014.

	VALOR DE DEPRESIÓN		Total
	SIN DEPRESIÓN	CON DEPRESIÓN	
Secundaria incompleta	3 4,3%	3	6
Secundaria completa	15 21,7%	17 24,6%	32 46,4%
Superior incompleta	6 8,7%	11 15,9%	17 24,6%
Superior completa	8 11,6%	6 8,7%	14 20,3%
Total	46,4%	53,6%	69 100,0%

Fuente: Cuestionario aplicado por la investigadora a puérperas menores de 30 años en el EE.SS. I-3 José Antonio Encinas de Puno, 2014.

Elaborado: por la investigadora

CUADRO N°13

DEPRESIÓN POSTPARTO EN PUÉRPERAS PRIMÍPARAS Y MULTÍPARAS, SEGÚN ESTADO CIVIL, EE.SS. I-3 JOSÉ ANTONIO ENCINAS DE PUNO, 2014

	VALOR DE DEPRESIÓN		Total
	SIN	CON DEPRESIÓN	
ESTADO CIVIL Soltera	0 0,0%	5	5
Conviviente	29 42,0%	29 42,0%	58 84,1%
Casada	3 4,3%	3 4,3%	6 8,7%
Total	46,4%	53,6%	69 100,0%

Fuente: Cuestionario aplicado por la investigadora a puérperas menores de 30 años en el EE.SS. I-3 José Antonio Encinas de Puno, 2014.

Elaborado: por la investigadora.

CUADRO N°14**DEPRESIÓN POSTPARTO EN PUÉRPERAS PRIMÍPARAS Y MULTÍPARAS, SEGÚN OCUPACIÓN, EE.SS. I-3 JOSÉ ANTONIO ENCINAS DE PUNO, 2014.**

	VALOR DE DEPRESION		Total
	SIN DEPRESIÓN	CON DEPRESIÓN	
Ama de casa	24 34,8%	21	45
Estudiante	6 8,7%	14	20
Trabajo independiente	1 1,4%	1	2
Trabajo estable	1 1,4%	1	2
Total	46,4%	53,6%	69

Fuente: Cuestionario aplicado por la investigadora a puérperas menores de 30 años en el EE.SS. I-3 José Antonio Encinas de Puno, 2014

Elaborado: por la investigadora



CUADRO N°15

DEPRESIÓN POSTPARTO EN PUÉRPERAS PRIMÍPARAS Y MULTÍPARAS, SEGÚN ATENCIÓN PRENATAL, EE.SS. I-3 JOSÉ ANTONIO ENCINAS DE PUNO, 2014.

	VALOR DE DEPRESIÓN		Total
	SIN DEPRESIÓN	CON DEPRESIÓN	
1	0 0,0%	1 100,0%	1
2	3 4,3%	1 1,4%	4 5,8%
3	1 1,4%	2 2,9%	3 4,3%
4	3 4,3%	4 5,8%	7 10,1%
5	5 7,2%	2 2,9%	7 10,1%
6	4 5,8%	6 8,7%	10 14,5%
7	1 1,4%	3 4,3%	4 5,8%
8	2 2,9%	4 5,8%	6 8,7%
9	7 10,1%	5 7,2%	12 17,4%
10	3 4,3%	4 5,8%	7 10,1%
11	3 4,3%	3 4,3%	6 8,7%
12	0 0,0%	2 2,9%	2 2,9%
Total	46,4%	53,6%	69 100,0%

Fuente: Cuestionario aplicado por la investigadora a puérperas menores de 30 años en el EE.SS. I-3 José Antonio Encinas de Puno, 2014

Elaborado: por la investigadora.

CUADRO N°16**DEPRESIÓN POSTPARTO EN PUÉRPERAS PRIMÍPARAS Y MULTÍPARAS, SEGÚN PUERPERIO, EE.SS. I-3 JOSÉ ANTONIO ENCINAS DE PUNO, 2014.**

	VALOR DE DEPRESIÓN		Total
	SIN DEPRESIÓN	CON DEPRESIÓN	
Inmediato	0 0,0%	6 8,6%	6
Mediato	3 4,3%	2 2,9%	5
Tardío	2 2,9%	12 17,4%	14
Alejado	27 39,1%	17 24,6%	44
Total	37 46,4%	37 53,6%	69 100,0%

Fuente: Cuestionario aplicado por la investigadora a puérperas menores de 30 años en el EE.SS. I-3 José Antonio Encinas de Puno, 2014

Elaborado: por la investigadora

CUADRO N°17**DEPRESIÓN POSTPARTO EN PUÉRPERAS PRIMÍPARAS Y MULTÍPARAS, SEGÚN PARIDAD, EE.SS. I-3 JOSÉ ANTONIO ENCINAS DE PUNO, 2014.**

	VALOR DE DEPRESIÓN		Total
	SIN DEPRESIÓN	CON DEPRESIÓN	
Primípara	24 34,8%	29 42,3%	53
Múltipara	8 11,6%	8 11,6%	16
Total	37 46,4%	37 53,6%	69 100,0%

Fuente: Cuestionario aplicado por la investigadora a puérperas menores de 30 años en el EE.SS. I-3 José Antonio Encinas de Puno, 2014.

Elaborado: por la investigadora

ANEXOS: 03**FORMULARIO DEL CONSENTIMIENTO INFORMADO.**

Título del estudio: “**DEPRESIÓN POSTPARTO EN PUÉRPERAS PRIMÍPARAS Y MULTÍPARAS DEL ESTABLECIMIENTO DE SALUD I-3 JOSÉ ANTONIO ENCINAS DE PUNO- 2014.**”

Investigador: Bach. Frida Lipa Tudela

La señorita Lipa es Bach. En Enfermería que estudia la depresión postparto en mujeres primíparas menores de 30 años atendidas en el Establecimiento de Salud José Antonio Encinas (**PROPÓSITO DE ESTUDIO**). A pesar de que el estudio no les beneficiará directamente a ustedes, sí ofrecerá información que puede permitir a determinar el nivel de depresión postparto en mujeres puérperas primíparas (**BENEFICIOS POTENCIALES**). El estudio y sus procedimientos han sido aprobados por las personas apropiadas y conecedoras sobre investigación de la facultad de enfermería. El procedimiento de estudio implica no habrá daños previsibles o daños a la familia (**RIESGOS POTENCIALES**). El procedimiento incluye 1) Responder al cuestionario sobre como Ud. se ha sentido ahora que es mamá en estos últimos 7 días (**EXPLICACIÓN DEL PROCEDIMIENTO**). La participación en el estudio va a llevarles aproximadamente 10 minutos (**COMPROMISO TEMPORAL**). Puede preguntar cualquier duda sobre el estudio o sobre la participación a la Srta. Lipa, al teléfono 363862 (Oficina F.E.) o al celular 974295583 (posibilidad de contestar cualquier duda). Su participación en el estudio es voluntaria; no tiene ninguna obligación de participar (**CONSENTIMIENTO VOLUNTARIADO**). Tiene derecho a abandonar el estudio cuando quiera y el cuidado de su familiar y a la relación con el personal del servicio no se verá afectado (**POSIBILIDAD DE ABANDONAR EL ESTUDIO**).

La información del estudio será codificada para que no pueda relacionarse con ustedes. Su identidad no será publicada durante la realización del estudio ni al final del mismo. Toda información recopilada se mantendrá debidamente resguardada y no será compartida con nadie (**GARANTÍA DE ANONIMATO Y CONFIDENCIALIDAD**). Habiendo leído el contenido del presente formulario y en señal de conformidad procedo a firmar:

.....

FIRMA DE LA MADRE

Se ha explicado el estudio al individuo arriba representado y se ha confirmado su comprensión para el consentimiento informado.

FECHA:/...../.....

**INSTRUMENTO DE EJECUCIÓN:**

UNIVERSIDAD NACIONAL DEL ALTIPLANO – PUNO/ FACULTAD DE ENFERMERÍA.

CUESTIONARIO SOBRE DEPRESIÓN POSTPARTO SEGÚN EDIMBURGO (EPDS) PARA SER APLICADA A PUÉRPERAS PRIMÍPARAS Y MULTÍPARAS DEL ESTABLECIMIENTO DE SALUD I-3 JOSÉ ANTONIO ENCINAS DE PUNO-2014.

• Nº PUÉRPERA:	
• FECHA DE NACIMIENTO:	
• EDAD:	
• DIRECCIÓN:	
• PROCEDENCIA:	
• IDIOMA:	
• GRADO DE INSTRUCCIÓN:	
• ESTADO CIVIL:	
• OCUPACIÓN:	
• Nº DE CONTROLES PRENATALES:	
• FECHA DE NACIMIENTO DEL BEBE:	
• Nº EMABARAZO:	

 INSTRUMENTO DE EJECUCIÓN:			
			
CUESTIONARIO SOBRE DEPRESIÓN POSTPARTO SEGÚN EDIMBURGO (EPDS) PARA SEAPLICADA A PUÉRPERAS PRIMÍPARAS Y MULTÍPARAS DEL ESTABLECIMIENTO DE SALUD I-3 JOSÉ ANTONIO ENCINAS DE PUNO -2014.			
N° PUÉRPERA:.....			
RESPONDE LAS SIGUIENTES PREGUNTAS. EN LOS ÚLTIMOS 7 DÍAS COMO UD. SE HA SENTIDO.			
N°	ITEMS	RESPUESTAS	CALIFICACIÓN
01	He sido capaz de reírme y ver el lado divertido de las cosas.	<input type="radio"/> Siempre	= 0
		<input type="radio"/> A veces	= 1
		<input type="radio"/> Ocasionalmente	= 2
		<input type="radio"/> Nunca	= 3
02	He mirado el futuro positivamente.	<input type="radio"/> Siempre	= 0
		<input type="radio"/> A veces	= 1
		<input type="radio"/> Ocasionalmente	= 2
		<input type="radio"/> Nunca	= 3
03	Cuando las cosas han salido mal, me he culpado a mí misma.	<input type="radio"/> Siempre	= 3
		<input type="radio"/> A veces	= 2
		<input type="radio"/> Ocasionalmente	= 1
		<input type="radio"/> Nunca	= 0
04	He estado nerviosa o inquieta sin tener motivo.	<input type="radio"/> Siempre	= 0
		<input type="radio"/> A veces	= 1
		<input type="radio"/> Ocasionalmente	= 2
		<input type="radio"/> Nunca	= 3
05	He sentido miedo o he estado asustada sin	<input type="radio"/> Siempre	= 3
		<input type="radio"/> A veces	= 2



	tener motivo.	<input type="radio"/> Ocasionalmente	= 1
		<input type="radio"/> Nunca	= 0
06	Los problemas diarios me causan preocupación y gran sufrimiento.	<input type="radio"/> Siempre	= 3
		<input type="radio"/> A veces	= 2
		<input type="radio"/> Ocasionalmente	= 1
		<input type="radio"/> Nunca	= 0
07	Me he sentido tan infeliz que he llegado a tener dificultad para dormir.	<input type="radio"/> Siempre	= 3
		<input type="radio"/> A veces	= 2
		<input type="radio"/> Ocasionalmente	= 1
		<input type="radio"/> Nunca	= 0
08	Me he sentido triste o desgraciada sin motivo.	<input type="radio"/> Siempre	= 3
		<input type="radio"/> A veces	= 2
		<input type="radio"/> Ocasionalmente	= 1
		<input type="radio"/> Nunca	= 0
09	He sido tan infeliz que he estado llorando con frecuencia.	<input type="radio"/> Siempre	= 3
		<input type="radio"/> A veces	= 2
		<input type="radio"/> Ocasionalmente	= 1
		<input type="radio"/> Nunca	= 0
10	Se me ha ocurrido la idea de hacerme daño.	<input type="radio"/> Siempre	= 3
		<input type="radio"/> A veces	= 2
		<input type="radio"/> Ocasionalmente	= 1
		<input type="radio"/> Nunca	= 0

ESCALA DE DEPRESIÓN POSTPARTO DE EDIMBURGO:

Puntuación:

<10: Sin depresión postparto

>10: Con depresión postparto

GRACIAS POR PARTICIPAR.

ANEXO N°04

CAPTACIÓN DE PUÉRPERAS PRIMÍPARAS Y MULTÍPARAS ATENDIDAS EN EL ESTABLECIMIENTO DE SALUD I-3 JOSÉ ANTONIO ENCINAS.





**APLICACIÓN DEL INSTRUMENTO A PUÉRPERAS PRIMÍPARAS Y
MULTÍPARAS ATENDIDAS EN EL ESTABLECIMIENTO DE SALUD I-3
JOSÉ ANTONIO ENCINAS.**

