

UNIVERSIDAD NACIONAL DE SAN CRISTOBAL DE HUAMANGA

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

ESCUELA DE FORMACIÓN PROFESIONAL DE OBSTETRICIA



**“FACTORES SOCIODEMOGRÁFICOS Y PSICOSOCIALES ASOCIADAS A LA
DEPRESIÓN EN EL PUERPERIO INMEDIATO DEL SERVICIO DE GINECO
OBSTETRICIA DEL HOSPITAL DE APOYO JESÚS NAZARENO. AYACUCHO,
NOVIEMBRE – 2017 MARZO – 2018”.**

TESIS PARA OPTAR EL TITULO PROFECIONAL DE OBSTETRA

PRESENTADO POR: CELINA CASTRO COLOS

AYACUCHO – PERÚ

2018

El presente trabajo lo dedico a mis padres José y Vitalina, a mi hija Marysabell a mis hermanos y pareja que son la razón de mi existencia, por el apoyo incondicional para la superación personal en mi carrera profesional.

ÍNDICE

INTRODUCCIÓN

CAPITULO I

1. EL PROBLEMA

1.1 Planteamiento del problema	4
1.2 Formulación del problema	6
1.3 Objetivo de la investigación	7
1.3.1 Objetivo general	7
1.3.2 Objetivos específicos	7

CAPITULO II

2. MARCO TEÓRICO

2.1 Antecedentes Referenciales	8
2.2 Base teórica científica	11
2.3 Definición de conceptos operativos	27
2.4 Hipótesis	30
2.5 Variables	31

CAPITULO III

3. DISEÑO METODOLÓGICO

3.1 Tipo de Investigación	32
3.2 Nivel de investigación	32
3.3 Diseño de investigación	32
3.4 Método de investigación	32
3.5 Población	32
3.6 Muestra	32
3.7 Método y técnica de recolección de datos	33
3.8 Instrumento	33

CAPITULO IV

RESULTADO DISCUSIÓN	34
CONCLUSIONES	52
RECOMENDACIONES	53
REFERENCIA BIBLIOGRÁFICA	54
ANEXO	
_ Cuestionario	57

INTRODUCCIÓN

La depresión es el trastorno mental que más afecta a la población y es, además, una de las principales causas de discapacidad en el mundo. Aunque es una enfermedad tratable, seis de cada diez personas que la padecen en América Latina y el Caribe, no buscan o no reciben el tratamiento que necesitan. Afecta al 5% de la población adulta. "Se trata de un trastorno que puede afectar a cualquier persona en algún momento de su vida, por lo que debe ser atendida y apoyada psicológica y socialmente"⁽¹⁾

La depresión es más común en las mujeres que en los hombres. Entre dos y cuatro de cada diez madres de países en desarrollo sufren de depresión durante el embarazo o postparto ⁽²⁾.

Esta enfermedad tiene buen pronóstico si se trata a tiempo y de manera apropiada. Hay depresiones ligeras, moderadas y severas, y su causa es el resultado de interacciones complejas entre factores sociales, psicológicos y biológicos. Sin embargo, "hay que borrar la idea de que toda depresión va a necesitar tratamiento medicamentoso. Los casos leves y aún algunos moderados pueden ser solucionados, básicamente, con apoyo social, familiar, psicoterapias breves u otras formas de intervención psicosocial que pueden ser realizadas por

Médicos de atención primaria de la salud o por organizaciones de la comunidad que brindan apoyo a las personas"⁽³⁾,

La depresión postparto es una enfermedad tras el nacimiento de un hijo, se manifiesta con tristeza, decaimiento, falta de energía para realizar las actividades, la madre con depresión se siente tan agotada que llega a pensar que padece alguna enfermedad física.

La depresión postparto es el periodo de depresión que puede ocurrir después del alumbramiento, ya sea por el estado social psicológico de salud, nivel socioeconómico bajo, puede ocurrir con periodos alternativos de: enojo, ira, tristeza, trastornos alimenticios, trastornos del sueño, baja autoestima, fatiga, aislamiento etc. Todas las nuevas madres se sienten abrumadas y fatigadas, pero la madre con depresión postparto, se siente tan agotada que llega a pensar que padece alguna enfermedad física.

La depresión postparto afecta entre 10% y 15% de las mujeres en la etapa del puerperio (desde el parto hasta que se vuelve al estado normal antes de quedar embarazada, entre 45 y 60 días después del parto). Hay varias causas, entre éstas pueden ser factores hormonales, sociales o psicológicos. Después del parto, se tiene una etapa de sentimientos extremos e inquietudes por todos los cambios que la madre experimenta. Se le suele llamar tristezas de la maternidad o baby blues (en inglés) y se debe a los cambios hormonales, el reajuste a la nueva vida y la emotividad de tener al bebé. Este tipo de trastorno es bastante común (afecta a 80% de las nuevas madres) y no es de mayor gravedad, normalmente desaparece en cuestión de unas semanas sin necesidad de tratamiento. Con moderación, los siguientes síntomas son normales después del

parto: Llanto, ansiedad, frustración, irritabilidad, cansancio, dificultad para dormir, dudas sobre la capacidad para ser madre, un sentimiento de que la maternidad es una responsabilidad demasiado grande ⁽⁴⁾.

Todas las nuevas madres se sienten abrumadas y fatigadas, pero la madre con depresión postparto, se siente tan agotada que llega a pensar que padece alguna enfermedad física. Esta investigación es de vital importancia, ya que se identificó los factores que producen depresión después del parto y determinar las consecuencias derivadas de la depresión.

El presente estudio se realizó en el Hospital de Apoyo Jesús Nazareno, del distrito del mismo nombre en la provincia de Huamanga, Ayacucho, identificándose los siguiente resultados: la prevalencia de puérperas inmediatas con depresión post parto en el servicio de Gineco obstetricia. Hospital de Apoyo Jesús Nazareno. Noviembre 2017 - Marzo 2018 es de 11.3%. Se concluye que los factores sociodemográficos edad, paridad, condición económica y atención pre natal, de la puérpera inmediata no están asociados ($p < 0.05$) a la Depresión post parto. Mientras que las madres solteras presentan mayor porcentaje de depresión post parto. Los factores psicosociales como la no participación en la psicoprofilaxis durante el embarazo y percepción de no tener el apoyo emocional de la pareja están asociados ($p > 0.05$) a la depresión post parto de las puérperas inmediatas del Hospital De Apoyo Jesús Nazareno.

CAPITULO I

1.1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Durante el embarazo y el puerperio sucede una serie de cambios bioquímico, psicológico y social que ocasionan una mayor vulnerabilidad para la aparición de trastornos en la esfera psíquica de la mujer.

En la depresión se considera que factores externos como los estresores psicosociales y sociodemográficos favorecen a los trastornos del estado de ánimo en el post parto que acontecen de una manera frecuente en las primeras semanas tras el parto y ocasionan repercusiones en la salud de la puérpera, en las relaciones conyugales y familiares, pero sobre todo dificulta la relación madre hijo. Los “trastornos mentales” lejos de ser supuestas entidades naturales de base biológica, son entidades construidas de carácter histórico-social, asociadas a los vaivenes de la vida que no pueden ser explicables solamente por los desequilibrios de la neuroquímica cerebral⁽²⁾.

La depresión post parto suele ser un problema muy frecuente en las madres ya que si esta se intensifica podría causar problemas no solo en la madre sino también en el niño. La depresión post parto al no ser atendida a tiempo puede aumentar la intensidad y perjudicar al niño, psicológicamente puede producir, comportamiento pasivo o enojo repercutiendo en su crecimiento posterior problemas de personalidad y crecimiento de nivel bajo.

El niño menor de un año de una madre con depresión post parto tiene mayor riesgo a sufrir bajo peso ya que la madre con depresión post parto tiende a perder el apetito sintiéndose frustrada y enojada hasta el punto de no sentir cariño hacia su bebe impidiéndole amamantarlo normalmente. Hay

casos en que las mujeres llegan a un grado extremo de la depresión post parto en las cuales las madres pueden llegar a golpear a sus hijos, se presenta casos raros en el que la madre con depresión post parto severa pueden llegar a matar a su hijo.

1.2 FORMULACION DEL PROBLEMA

¿Cuáles son los factores sociodemográficos y psicosociales asociados a la depresión post parto en puérperas inmediatas del servicio de Gineco obstetricia? Hospital de Apoyo Jesús Nazareno. Ayacucho, Noviembre 2017
Marzo 2018?

1.3 OBJETIVOS

OBJETIVO GENERAL

Conocer los factores sociodemográficos y psicosociales asociadas a la depresión post parto en puérperas inmediatas del servicio de Gineco obstetricia. Hospital de Apoyo Jesús Nazareno. Ayacucho, Noviembre - 2017 – Marzo - 2018.

OBJETIVO ESPECIFICO

- Identificar a las puérperas inmediatas con depresión post parto.
- Identificar factores sociodemográficos como: edad, paridad, estado civil, procedencia, condición económica, atención prenatal, y el hecho de haber recibido psicoprofilaxis obstétrica. asociadas a la depresión post parto en puérperas inmediatas.
- Identificar los factores psicosociales como: percepción subjetiva de apoyo emocional en cuidado del RN por su pareja y familiares asociados a la depresión en puérperas inmediatas.

CAPITULO II

MARCO TEORICO

2.1. ANTECEDENTES DE ESTUDIO:

Bustos y Jiménez (2013). En el estudio “Factores de riesgo asociados a la depresión post parto, en mujeres que asisten a centros de atención primaria en la ciudad de Arica – Chile”. El propósito de este estudio fue investigar los factores de riesgo asociados a la Depresión Post Parto en puérperas inscritas en Centros de Atención Primaria de la ciudad de Arica. Este estudio corresponde a un diseño no experimental correlacional ex post-facto. Los Instrumentos utilizados fueron: Edinburg que mide síntomas depresivos, Cuestionario de Satisfacción con la Pareja y una encuesta para recabar antecedentes Sociodemográficos y Anamnéscos. Los resultados indicaron que las variables asociadas de manera estadísticamente significativa con la Depresión Post-Parto guardan relación con factores anamnéscos, específicamente con el deseo del embarazo, diagnóstico previo de depresión, intento de aborto del hijo recién nacido y método utilizado para la nutrición. A diferencia de otras investigaciones no resultaron significativos los antecedentes Sociodemográficos y la Satisfacción con la Pareja. Finalmente, los resultados permiten establecer que existen factores de riesgo relacionados con la historia personal de las madres que inciden en el surgimiento de la Depresión Post Parto. Esto da cuenta de la importancia de desarrollar actividades que permitan un seguimiento eficaz y estrategias de prevención de trastornos depresivos asociados a la maternidad ⁽⁷⁾.

Romero Medina (2015), en la investigación: “Relación entre características sociodemográficas y riesgo de depresión postparto en puérperas de la

clínica GOOD HOPE noviembre de 2015". Cuyo objetivo fue: Determinar la relación existente entre características sociodemográficas y riesgo de depresión postparto en puérperas atendidas en el servicio de Ginecología y Obstetricia de la Clínica Good Hope, Miraflores - Lima, noviembre de 2015. Materiales y métodos: Se realizó un estudio descriptivo, correlacional, observacional, transversal aplicando la escala de depresión postnatal de Edimburgo (EDPE) para detectar el riesgo DPP. La población estuvo conformada por la totalidad de mujeres que acudieron a dar a luz en la Clínica que cumplieron con los criterios de inclusión. Se encontró 110 puérperas que cumplieron con los criterios de inclusión, siendo seleccionadas por conveniencia, que permitió la elaboración de tablas de distribución de frecuencias y gráficos. Resultados: Se encontró que existe un riesgo de depresión postparto en 20% (riesgo límite 10,91% y probable depresión postparto 9,09%). Se encontró que el mayor porcentaje de puérperas 29% oscila entre las edades de 26 a 30 años. 96% estaban acompañadas por su pareja, ya sea conviviente o estar casadas. 60% eran primíparas. 88 % referían parto por cesárea. 96% poseían estudios superiores y 50% manifestaron embarazo planeado. No se encontró asociación entre el riesgo de DPP y las variables sociodemográficas. Conclusiones: No existe asociación significativa entre el riesgo de Depresión Postparto y las características Sociodemográficas. Existe 20% de riesgo de DPP ⁽⁵⁾.

Atencia Olivas (2015). En la investigación "Factores de riesgo para la depresión posparto en madres adolescentes atendidas en el hospital nacional Daniel Alcides Carrión durante abril – junio, 2015; cuyo objetivo fue:

Determinar los factores de riesgo para la depresión postparto en las madres adolescentes atendidas en el Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión durante el periodo de abril a junio del 2015. Se determinó que los principales factores de riesgo para la depresión posparto en las madres adolescentes atendidas en el Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión son la mala relación con la pareja, la falta de apoyo económico de la pareja y la hospitalización del bebe por alguna complicación ⁽⁶⁾.

Vásquez y Sangama (2012) en la investigación: “Relación entre características sociodemográficas y riesgo de depresión posparto en puérperas que consultan en la Clínica corpomedic Tarapoto Junio-Setiembre 2012” cuya muestra estuvo representada por 30 puérperas que cumplieron con los criterios de inclusión. Para la recolección de la información se utilizó como técnica el cuestionario y dos instrumentos: la entrevista estructurada, para identificar las características sociodemográficas de las puérperas y el test de preguntas cerradas estandarizadas; la Escala de Depresión Postnatal de Edimburgo (EPDS) que fue previamente solicitada al autor para identificar el riesgo de depresión en las puérperas. Los hallazgos encontrados fueron: El mayor riesgo de depresión posparto en las puérperas fue 66,7% y 33,3%) no presentaron riesgo de depresión. El 73,3 % de jóvenes tuvieron entre 20 a 30 años de edad, 80% tuvieron unión estable, el 36,7% fue ama de casa, 50,0% primíparas; el 46,7% refirió tener un solo hijo, el 30,0% poseía estudios de secundaria completa, el 40,0% tuvo ingresos entre 100 a 500 nuevos soles, el 60,0% manifestó embarazo deseado y el 56,7% refirió parto por cesárea. No existió una asociación significativa entre Riesgo de Depresión Posparto y las Características Socio demográficas: Edad, Estado

Civil, Ocupación, Paridad, Número de Hijos Vivos, Nivel Educativo y Nivel de Ingreso, pero se encontró una asociación significativa entre Riesgo de Depresión Posparto y el Tipo de Embarazo y asociación significativa entre Riesgo de Depresión Posparto y el Tipo de Parto, en puérperas de la clínica CORPOMEDIC Tarapoto ⁽⁸⁾.

2.2. BASE TEORICA CIENTIFICO

2.2.1. PUERPERIO NORMAL ^(9, 10)

Es el periodo en el que se producen transformaciones progresivas de orden anatómico y funcional, que hacen regresar paulatinamente todas las modificaciones gravídicas. Esto se logra mediante un proceso involutivo, que tiene como fin restituir estas modificaciones a su estado pre grávido. Debemos destacar que solo la glándula mamaria experimenta un gran desarrollo.

Este periodo se extiende convencionalmente desde la finalización del periodo del post alumbramiento hasta 45 – 60 días de postparto.

ETAPAS DEL PUERPERIO

- A) Puerperio inmediato:** comprende las primeras 24 horas y se pone en juego los mecanismos hemostáticos uterinos.
- B) Puerperio mediato o propiamente dicho:** abarca del segundo al décimo día, actuando los mecanismos involutivos y comienza la lactancia.
- C) Puerperio alejado:** se extiende aproximadamente hasta los 45 días luego del parto, el retorno de la menstruación indica su finalización.
- D) Puerperio tardío:** puede llegar hasta los 6 meses post parto y se acompaña de una lactancia prolongada y activa.

FISIOLOGIA CLINICA

a) Puerperio inmediato: en este periodo el esfuerzo orgánico, está destinado a lograr la hemostasia uterina. En el alumbramiento, se produce el desprendimiento y expulsión de la placenta y membranas ovulares, este se produce a nivel del límite entre decidua compacta y esponjosa; y queda en el útero un lecho esponjoso con vasos sangrantes; la capa basal del endometrio tiene una irrigación propia que evita los procesos necrobióticos que experimentan las capas superiores; para una eficacia hemostasia y se ponen en juego dos mecanismos:

- la retractsibilidad: fenómeno permanente y pasivo que consiste en un acortamiento definitivo de la fibra muscular uterina.
- la contractibilidad: fenómeno intermitente y activo, consiste en el acortamiento temporario de la fibra muscular uterina.

● Placenta y decidua basal (sus capas)

Ambos fenómenos en conjunto provocan la comprensión y oclusión vascular que se denomina ligaduras vivientes de Pinard. Clínicamente se palpa un útero de consistencia dura elástica, de límites bien definidos que se denominan “globo de seguridad de Pinard”, periódicamente adquiere una consistencia dura, leñosa que provoca dolor, denominadas “entortos”, el fondo uterino se ubica aproximadamente a nivel umbilical. La hemostasia lograda no es total, se pierden pequeñas cantidades de sangre rojo rutilante, acompañada de resto de decidua, esponjosa, lo que se elimina por genitales luego del parto se denomina “loquios”, en las primeras 24 horas. Estos son hemáticos y se pierden aproximadamente 500cc. De sangre.

- **Decidua basal luego del desprendimiento placentario**

En este periodo aparecen episodios de escalofríos y palidez cutánea generalizada, estos pueden durar minutos o prolongarse, existen tres mecanismos fisiológicos que tratan de explicar estos fenómenos:

- Disminución del aporte sanguíneo al nivel periférico que provoca palidez y frío, que trata de compensarse con temblor.
- Los vasos sangrantes de la decidua esponjosa, son puertas de entrada para gérmenes, que provocan una bacteriemia que se acompaña de temblores y escalofríos.
- El pasaje al torrente sanguíneo de tejidos trofoblástico, y sangre fetal provoca los temblores y escalofríos.

A nivel cardiovascular hay disminución venoso con disminución de la frecuencia y gasto cardíaco, esto se debe a la importante dilatación de la red venosa abdominal; otra explicación para la bradicardia es una descarga vagal por depresión brusca del abdomen; la presencia de taquicardia nos debe hacer pensar en una anomalía. La atención arterial se maneja dentro de parámetros normales.

La temperatura corporal puede ser normal o existir una elevación brusca que llega a los 38°C, este acenso obedece a los mismos mecanismos que los escalofríos y suele darse generalmente en paciente con parto distócicos.

b) Puerperio propiamente dicha: durante este periodo se ponen en juego mecanismos involutivos para recuperar los caracteres pre grávidos:

- **Aparato genital:** la cavidad uterina está cubierta por restos decidua esponjosa con vasos escasamente sangrantes, los loquios en los primeros

días de este periodo mantienen características hemáticas. El hecho cruento que cubre la cavidad uterina comienza a secretar un material ceroso fibrinoso que forman una capa sobre él, en el límite entra decidua esponjosa y basal aparece un infiltrado leucocitario (con predominio de neutrófilos), también aparece un infiltrado perivascular, hialinización de las paredes de los vasos y trombos endoluminales, estos mismos contribuyen a disminuir las pérdidas sanguíneas. Paulatinamente aumenta el contenido seroso de los loquios, producto del trasudado de la superficie endometrial y por desmatisación del cérvix y vagina, al 4to o 5to día los loquios se convierten en ceroso hemáticos con contenido leucocitario y células descamadas de cérvix y vagina, los loquios nunca deben presentar olor fétido.

En el miometrio las fibras musculares hipertrofiadas vuelven a su tamaño normal, las fibras neoformadas sufren una degeneración hialina, esto se manifiesta clínicamente con una disminución de la altura uterina a una velocidad de 1- 2 cm / día.

- **Involución uterina puerperal**

El segmento uterino adelgazado y plegado le da al cuerpo gran movilidad y sufre un proceso involutivo que lo lleva a desaparecer al final de este periodo. Y las contracciones disminuyen en la intensidad y frecuencia. El cuello uterino al tercer día por la desmatisación que sufre recupera su forma, longitud y consistencia se restablece el canal cervical que al cuarto y quinto día no es permeable al dedo. La vagina se desmatisa, reaparece los pliegues vaginales y recupera su tonicidad igual mecanismo se pone en juego en la vulva.

- **Fenómenos humorales**

La desematización aumenta el volumen vascular renal que provoca un aumento en la diuresis (poliuria fisiológica del puerperio). Aumenta el catabolismo proteico con un consecuente aumento de la uremia. Se mantiene elevada por unos días la eliminación de creatinina que luego se normaliza. El hematocrito y la hemoglobina disminuyen por dilución. La leucocitosis se normaliza en este periodo. La hipercoagulabilidad sanguínea exagerada durante el embarazo y el aparato se mantiene. Hay aumento de las plaquetas, de la agregación plaquetaria y del fibrinógeno plasmático; la velocidad de sedimentación globular se acelera pudiendo llegar en la primera hora hasta 50 mililitros.

- **Signos vitales**

La tensión arterial y la frecuencia cardiaca se mantienen dentro de parámetros normales. La temperatura del tercer y cuarto día experimenta una elevación por aumento del metabolismo mamario “bajada de la leche” este aumento no debe durar más de 24 horas, con disociación axilorectal a predominio de la axilar y debe descartarse otro foco infeccioso.

- **Tejidos:**

- Piel y mucosas: desaparece la hiper pigmentación cutánea, las estrías pasan de un color rojizo a un tinte nacarado definitivo, desaparece los hematomas sub-conjuntivales, las petequias y las hemorragias capilares originadas por los pujos.
- Tejido mio-conjuntivo: la pared abdominal presenta un estado de flacidez, los músculos rectos del abdomen experimentan distintos grados de

diástasis, si la separación llega hasta la sínfisis pubiana, la misma se considera definitiva.

- **Aparatos**

- Aparato urinario: la vejiga y la uretra se desematiza facilitando la micción, pero en ocasiones la hiperdistensión de la musculatura pelviana, las lesiones vesicales y la relajación vesical postparto, puede inhibir el reflejo miccional favoreciendo la retención urinaria, estos hechos desaparecen al final de este periodo.
 - Aparato digestivo: los órganos digestivos vuelven a su posición normal y retoman su normal fisiología, durante los primeros días suele haber una hiperdistención intestinal con disminución del peristaltismo, apareciendo cuadros de constipación que deben retrogradar espontáneamente.
 - Aparato respiratorio: la respiración se normaliza, vuelve hacer abdominal desaparece la alcalosis respiratoria.
- **Puerperio alejado:** a partir de las células de la porción basal de las glándulas endometriales se produce la reepitelización endometrial. Los loquios de serohemáticos pasan a ser cerosos y tienden a desaparecer hacia la tercera semana post parto. Hasta el día doce, el orificio cervical interno se debe encontrar totalmente cerrado. Entre los días 10 y 14, el útero se hace intrapélvico mediante el proceso involutivo miometrial. El día 21 por un mecanismo no muy claro, se produce una pérdida hemática denominada pequeño retorno. Entre los 30 y 45 días puede reaparecer la ovulación y en caso de no haber fecundación reaparece la menstruación.

- c) **Puerperio tardío:** se extiende desde los 45 días hasta que continúe una lactancia prolongada y activa, que pueden evitar el retorno al ciclo sexual normal.

ATENCION DEL PUERPERIO

La correcta atención del puerperio consiste en aplicar las medidas necesarias para una adecuada evolución, detectar factores de riesgo para complicaciones y ejecutar las medidas profilácticas necesarias y si aparecen las mismas diagnosticarlas precozmente para un adecuado tratamiento:

- a) **Puerperio inmediato:** la complicación más temida en este periodo es la hemorragia post parto y sus factores de riesgo son: multiparidad, edad mayor a 35 años, embarazo no controlado, macrosomia fetal, embarazo múltiple, polihidramnios, cuagulopatía, mixomatosis uterina, cirugías uterinas previas, hiperestimulación uterina, parto precipitado, parto instrumental, distocia de hombros, alumbramiento patológico, parto no institucional, restos placentarios entre otros.
- **Control clínico:** luego de estar dos horas en la sala de post alumbramiento la paciente pasa a la sala de puerperio donde se le efectuara durante este periodo, 3 controles/ día.
En cada control se evaluara:
 - 1.- anamnesis: se le interrogara sobre la presencia relacionada o no al parto.
 - 2.- examen físico:
 - Control de signos vitales: se evaluara frecuencia cardiaca pulso, presión arterial, frecuencia respiratoria, teniendo en cuenta aquellas alteraciones fisiológicas ya enunciadas.
 - Piel y mucosas: se buscara todos los signos relacionados con la anemia.

- Aparato respiratorio cardiovascular: se buscara la presencia de signos relacionados a patologías.
- Abdomen: se buscara la presencia de puntos dolorosos, RHA, flatos y se palpara el útero a través de la pared abdominal. Se evaluara su ubicación, tamaño y consistencia, si duele o no, se evaluara la herida quirúrgica en caso de cesárea abdominal.
- Genitales externos: se evaluarán los loquios, cantidad, color y olor, se controlara la vulva, el periné y la episiorrafia.
- Miembros inferiores: se evaluara la presencia de edemas y varices, se buscarán signos asociados a trombosis venosa profunda.
- Control de los emuntorios: la paciente deberá orinar antes de las 2 horas de culminado el trabajo de parto. En caso que no lo haga espontáneamente, se la invitara a levantarse e intentar la micción por sí sola, si no lo hace se evaluara la presencia de un globo vesical o lesiones para uretrales y será necesario colocar una sonda vesical manteniendo las normas de asepsia. En pacientes anestesiadas la pérdida de sensibilidad puede ocasionar que no sienta deseo miccionar, en esos casos se sugerirá la micción aunque no sienta deseo de hacerlo.

3.- laboratorio: se solicitara hemograma, VDRL y grupo factor sanguíneo, de control.

4.- indicaciones terapéuticas:

➤ Útero retractores:

- Ergotínicos: se utilizara ergonovina 0.6 mg / día, vía oral o intramuscular, metil ergometrina 0.6 mg / día intramuscular, metil ergonovina 0.4 mg / día

vía oral. El uso de ergotínicos está contraindicado en pacientes hipertensas, y se indicara por 24 horas o se podrá utilizar más días según evolución obstétricas.

- Oxitócicos: está indicado en pacientes hipertensas y con factores de riesgo para hemorragias, se usara asociado a ergotínicos.
- Antibioticoterapia: se indicara el uso de antibióticos en pacientes con episiorrafia, cesárea abdominal y factores de riesgo para infección. Si durante la cesárea abdominal y la episiorrafia se mantuvieron normas de asepsia y no existen factores de riesgo para infecciones se realizara antibiótico profilaxis con cefalotina 1mg / endovenosa o intramuscular durante el acto quirúrgico y otro gramo y las 6 horas si no se dan las condiciones enunciadas anteriormente se realizara tratamiento antibiótico completo durante 7- 10 días, las drogas de elección son: ampicilina, amoxicilina, cefalexina, cefalitina, eritromicina, gentamicina, etc.
- Analgesia: en caso de cesárea abdominal o episiorrafia se indicara analgesia arreglada las primeras 24 horas. Drogas de elección ketorolaco 10mg / 6 hrs vía oral, diclofenaco 75mg, metamizol 2 ml IM condicional al dolor.

DEPRESIÓN ⁽¹²⁾

Es el estado de tristeza, melancolía, con pensamientos negativos, desesperación, falta de autoestima y de energía. En el síndrome depresivo el humos es típicamente deprimido, irritable o ansioso o una combinación de ellos, el humos mórbido en las enfermedades depresivas se acompaña de manifestaciones psicológicas como preocupación con culpa, ideas de auto degradación, disminución de la capacidad de concentración, indecisión,

disminución del interés de las actividades habituales, retraimiento social, impotencia, desesperanza y pensamientos recurrentes de muerte y suicidio.

TIPOS DE DEPRESIÓN

- a) Humor deprimido:** es un estado emocional dominado por sentimientos de tristeza, melancolía o vacío que pueden estar asociados con falta de energía. Este estado anímico puede ser una respuesta temporal a un evento triste o estresante o puede ser persistente.
- b) Depresión crónica de menor grado (distimia):** el humor deprimido está presente la mayor parte del tiempo durante un periodo de dos años y está acompañado por cambios en la energía, apetito o sueño, así como autoestima baja y sentimientos de desesperanza. Estos síntomas producen angustia y dificultad en el desempeño pero no son tan severos como en la depresión mayor. Las personas que sufren distimia presentan más riesgo de episodios de depresión mayor. Esto produce una situación en la cual la depresión leve está presente la mayor parte del tiempo, con periodos ocasionales de síntomas depresivos más severos. Esto se denomina con frecuencia depresión doble.
- c) Depresión mayor:** es el humor deprimido severo y persistente la pérdida del interés o el placer en las actividades normales, acompañada por la disminución de la energía, cambios en el sueño y el apetito, sentimientos de culpa o desesperanza. Estos síntomas deben estar presentes durante al menos dos semanas, producir angustia significativa y ser lo suficientemente severos como para interferir con el desempeño normal. Si la depresión es muy severa puede estar acompañada de síntomas psicóticos o por pensamientos o comportamientos suicidas.

DEPRESIÓN POSTPARTO ⁽¹³⁾

La depresión postparto (depresión postnatal) es una forma de depresión que puede afectar a las mujeres y, menos frecuentemente, a los hombres después del nacimiento de un hijo. Consiste en el desarrollo de una depresión en la madre tras el nacimiento de su hijo. A veces, esta depresión puede tener una fácil explicación, bien porque el hijo no ha sido deseado o porque no es normal. Sin embargo, en la mayoría de las ocasiones la depresión parece no tener sentido. Luego del parto es normal que la mujer experimente cambios en su estado de ánimo. Del 60% al 80% de las mamás pueden adquirir una leve forma de depresión llamada tristeza postparto, que comienza a los pocos días de haber nacido el bebé, pero que no dura más de 2 semanas. En esta etapa la mujer puede sentirse sensible, ansiosa, irritable e incluso experimentar problemas para dormir. Con el transcurso de los días, y cuando ya haya descansado lo suficiente y se adapte al cuidado del bebé, la tristeza postparto desaparece. Sin embargo, si esta etapa se extiende más allá de las 2 semanas puede ser un indicio de depresión postparto. Alrededor de 20% de las mamás pueden experimentar este estado clínico de depresión que puede durar hasta un año.

TIPOS DE DEPRESIÓN POST PARTO

- a) **Depresión post parto leve:** es un síndrome leve, transitorio, que se presenta aproximadamente en un 50 – 80% de las madres. Ocurre alrededor de los 2-4 días después del parto y desaparece sin secuelas, de forma espontánea, en un plazo de dos semanas. La sintomatología cursa con tristeza, llanto, fatiga, ansiedad, insomnio, labilidad emocional, cefaleas, cambios de apetito y sentimientos de minusvalía. Presenta una mínima implicación sobre la actividad habitual de la madre y se ha considerado como un proceso mental- psicológico de adaptación a la nueva situación. No obstante debería vigilarse la posibilidad de que estos síntomas persistan o aumenten de intensidad y deriven a una depresión mayor post parto.
- b) **Psicosis post parto:** la psicosis post parto es una enfermedad aguda y grave que ocurre en 1.2 casos de cada 1000 nacimientos. Aparece generalmente de forma brusca entre el tercer y noveno día, aunque puede iniciarse incluso en el sexto mes. La psicosis post parto no se diferencia clínicamente de otra psicosis. Su aparición clínica comporta labilidad del humor, agitación grave, confusión, incapacidad para dormir, pensamiento desorganizado y alucinaciones que implica al niño. En tanto que la madre puede auto lesionarse o dañar a su hijo, la psicosis post parto es una emergencia psiquiátrica.
- c) **Depresión mayor post parto:** es una de las enfermedades más frecuentes tras el parto y aunque suele pasar inadvertida afecta al 10-20% de las púerperas según diversos estudios. Se inicia a los 2-3 semanas tras el nacimiento con una duración de 4 a 6 semanas, e incluso superior al año sin tratamiento. La mujer siente fuertes sentimientos de culpa de incapacidad

total de hacerse cargo de su hijo y ambivalencia en relación con el afecto de este. Existe una sobreprotección de niño; la madre ve al niño siempre como enfermo, lo que motiva a repetidas consultas al especialista. A veces esta situación es único síntoma de una depresión de la madre, pudiendo aparecer una intolerancia extrema hacia él bebe, llegando a gritarle e incluso a pegarle.

CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS DE LA DEPRESIÓN POST PARTO

Si bien la depresión se post parto se parece a la que ocurre en otras épocas de la vida, puede ser difícil distinguir las características biológicas de la depresión de los cambios fisiológicos y biológicos normales relacionados con el parto, incluso la pérdida de energía, las alteraciones del sueño, los cambios de apetito y la reducción del libido. Otro síntoma de depresión, como el abatimiento, la pérdida de la capacidad de disfrutar la vida, la falta de interés, el llanto y la imposibilidad de concentrarse, son muy útiles para orientar el diagnóstico. Estos síntomas pueden ir acompañados de ideas de lesión de si misma o de suicidio que raras veces se materializa. El abatimiento y la falta de calidez emocional a menudo intensifica los sentimientos de culpa y fracaso en los que respecta al cuidado de bebe y a veces causa alteraciones relacionadas con el apego inicial de la madre y el niño. Casi nunca llegan a materializarse, pero son sumamente fastidiosos para la madre.

DIAGNÓSTICO DE LA DEPRESIÓN POST PARTO

La escala de depresión post parto de Edimburgo es una encuesta auto administrada, desarrollada para la detección de síntomas depresivos en púerperas inmediatas y mediatas. Consta de 10 preguntas de selección

múltiple, con 4 alternativas cada una, con puntajes de 0 a 3 de acuerdo a severidad creciente de los síntomas. La escala de depresión post parto de Edimburgo es una herramienta fácil de aplicar, bien aceptada por los profesionales de salud y por las madres, y que permite aumentar significativamente la tasa de detección de síntomas depresivos. El punto de corte para el diagnóstico de depresión son los 12 puntos o menos.

FACTORES ASOCIADOS A LA DEPRESIÓN POSTPARTO ⁽¹⁴⁾

- **Factores bioquímicos**

Estos problemas se han relacionado con el “fenómeno de retirada” por el rápido descenso de las hormonas sexuales asociado a la disminución del cortisol plasmático, la disminución del nivel de triptófano libre en suero, la existencia de una alta respuesta a la hormona de crecimiento, la alteración de la función tiroidea o una elevada concentración de anticuerpos antimicrosomales y antitiroglobulina.

- **Antecedentes psiquiátricos previos**

Aunque la depresión postparto constituye en una 50% de los casos el primer episodio de un trastorno depresivo, estudios prospectivos y retrospectivos señalan que una historia de depresión previa aumente la incidencia un 10-24%. Si la depresión ocurre durante el embarazo el riesgo de reaparición tras el parto alcanza el 35% y si existen antecedentes de depresión postparto, el riesgo de recurrencia se dispara hasta el 50%. Igualmente las cifras se elevan si hay antecedentes familiares de depresión.

- **Factores psicológicos**

El embarazo y el parto exigen la adaptación de la mujer a una serie de cambios que ocurren no solo en su cuerpo y en su mente sino también con su pareja y con el resto de las relaciones interpersonales. El modelo de madre ideal, abnegada, sacrificada y entregada a su hijo provoca enfrentamientos intrapsíquicos en la mujer. El tener un hijo para reivindicar la feminidad, abandonar la familia de origen, unir a la pareja, evitar un duelo o satisfacer a un hermanito, indican problemas psicológicos que pueden manifestarse durante el embarazo y después de este, al igual que tener un hijo no deseado provoca desde el inicio alteraciones del vínculo madre-hijo que pueden condicionar secuelas.

- **Factores psicosociales**

La percepción subjetiva de falta de apoyo emocional que reciben las mujeres tras el nacimiento de sus hijos por parte de familiares o de su pareja y la falta de colaboración de la realización de las tareas domésticas o en el cuidado del niño, supone un incremento en el riesgo de estos trastornos. Otros acontecimientos como el cambio de domicilio, la pérdida del puesto de trabajo, la no disponibilidad del periodo de baja maternal, el fallecimiento de un familiar o los conflictos con la pareja constituyen factores de riesgo para el desarrollo de este trastorno.

- **Factores sociodemográficos**

La edad (tardía o temprana) de la madre, el estado civil, el nivel de estudios, la situación económica y la situación laboral de ambos conyugues son otras variables que se han estudiado con relación a este problema.

Según los criterios de la CIE-10 las adolescentes mujeres menores de 18 años presentaron más depresión que mujeres mayores.

Estudios refiere que las primíparas solteras presentan mayor proporción de depresión debido a que no se encontraron las suficientemente preparadas para su maternidad.

Otro de los problemas importantes que afronta las gestantes y puérperas y el factor económico debido a que estas etapas surge nuevas necesidades para cubrir tanto para la madre como para el niño por ello buscaran la formo como incrementar su ingreso económico o ahorrar, esta idea sumada a otros factores incrementara la depresión.

- **Morbilidad asociada**

Incluye problemas de fertilidad en la pareja, embarazo múltiple, abortos previos, complicaciones durante el embarazo y el parto y la coexistencia de enfermedades crónicas en la madre, así como anomalías o enfermedades en el recién nacido. (Prematuridad, bajo peso, muerte neonatal).

2.3 DEFINICIÓN DE CONCEPTOS OPERATIVOS

Puerperio Normal

Es el periodo en el que se producen transformaciones progresivas de orden anatómico y funcional, que hacen regresar paulatinamente todas las modificaciones gravídicas.

Depresión

Es el estado de tristeza, melancolía, con pensamientos negativos, desesperación, falta de autoestima y de energía. En el síndrome depresivo el humor es típicamente deprimido.

Depresión Postparto

La depresión postparto (depresión postnatal) es una forma de depresión que puede afectar a las mujeres y, menos frecuentemente, a los hombres después del nacimiento de un hijo. Consiste en el desarrollo de una depresión en la madre tras el nacimiento de su hijo.

Factores bioquímicos

Estos problemas se han relacionado con el “fenómeno de retirada” por el rápido descenso de las hormonas sexuales asociado a la disminución del cortisol plasmático, la disminución del nivel de triptófano libre en suero, la existencia de una alta respuesta a la hormona de crecimiento, la alteración de la función tiroidea o una elevada concentración de anticuerpos antimicrosomales y antitiroglobulina

Antecedentes psiquiátricos previos

Aunque la depresión postparto constituye en un 50% de los casos el primer episodio de un trastorno depresivo, estudios prospectivos y retrospectivos

señalan que una historia de depresión previa aumente la incidencia un 10-24%.

Factores psicológicos

El embarazo y el parto exigen la adaptación de la mujer a una serie de cambios que ocurren no solo en su cuerpo y en su mente sino también con su pareja y con el resto de las relaciones interpersonales.

Factores psicosociales

La percepción subjetiva de falta de apoyo emocional que reciben las mujeres tras el nacimiento de sus hijos por parte de familiares o de su pareja y la falta de colaboración de la realización de las tareas domésticas o en el cuidado del niño.

Factores sociodemográficos

La edad (tardía o temprana) de la madre, el estado civil, el nivel de estudios, la situación económica y la situación laboral de ambos conyugues son otras variables que se han estudiado con relación a este problema.

Morbilidad asociada

Incluye problemas de fertilidad en la pareja, embarazo múltiple, abortos previos, complicaciones durante el embarazo y el parto y la coexistencia de enfermedades crónicas en la madre, así como anomalías o enfermedades en el recién nacido.

ESCALA DE DEPRESIÓN DE POST-PARTO DE EDINBURGH (EPDS) ^(14, 15)

La Escala de Depresión de Post-Parto de Edinburgh se creó para asistir a los profesionales de la atención primaria de salud en la detección de las madres que padecen de depresión de post-parto; una afección alarmante más prolongada que la “Melancolía de la Maternidad” (“Blues” en inglés) (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 post-parto 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 EPDS 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 EPDS 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.

2.3 HIPÓTESIS

Los factores sociodemográficos como: la edad, paridad, estado civil, procedencia, condición económica, atención pre natal, y el hecho de haber recibido psicoprofilaxis obstétrica, y los factores psicosociales como: la percepción subjetiva de apoyo emocional en cuidado en RN por su pareja y familiares están asociados a la depresión en el puerperio inmediato de puérperas atendidas en el servicio de Gineco obstetricia. Hospital de Apoyo Jesús Nazareno.

2.4. VARIABLE DE ESTUDIO E INDICADORES

2.4.1. Variable independiente:

- Factores sociodemográficos como: edad, paridad, estado civil, condición económica, atención prenatal, psicoprofilaxis obstétrica.
- Factores psicosociales como: percepción subjetiva de apoyo emocional en cuidado del RN por su pareja y familiares.

2.4.2. Variable Dependiente:

Depresión en el puerperio inmediato.

CAPITULO III

DISEÑO DE INVESTIGACION

3.1. TIPO DE INVESTIGACION

Cuantitativa, aplicada.

3.2. DISEÑO DE INVESTIGACION

Descriptivo, transversal

3.3. POBLACION

Estuvo integrada por todas las puérperas inmediatas atendidas en el servicio de gineco - obstetricia del Hospital de Apoyo Jesús Nazareno, durante los meses Noviembre 2017 y Marzo del 2018.

3.4. MUESTRA

Constituida por todas las puérperas inmediatas atendidas en el Servicio de Gineco Obstetricia del Hospital de Apoyo Jesús Nazareno, entre los meses de Noviembre 2017 y Marzo del 2018.

3.5. TIPO DE MUESTREO

Censal.

3.6. TECNICA DE RECOLECCION DE DATOS

El instrumento de recolección de datos fue el Cuestionario de factores sociodemográficos y psicosociales y la Escala de Depresión post parto de Edimburgo (EPDS).

3.7. INSTRUMENTO DE RECOLECCION DE DATOS

Escala Edinburgh Postnatal Depresión (EPDS) diseñada para cuantificar síntomas depresivos cognoscitivos exclusivos para la detección de la Depresión Post-parto.

3.8. PROCEDIMIENTO Y PROCESAMIENTO DE DATOS

A través del Decanato de la Facultad de Ciencias de la Salud, se solicitó permiso al Director del Hospital Jesús Nazareno, una vez obtenido el permiso, se realizó la aplicación de la Escala Edinburgh Postnatal Depresión (EPDS) a las madres puérperas inmediatas del servicio de Gineco obstetricia del Hospital de Apoyo Jesús Nazareno durante los meses de noviembre 2017 y marzo 2018.

Se utilizó como medidas estadísticas descriptivas la distribución de frecuencias y porcentaje. Con los datos obtenidos, luego de ser tabulados, se elaboraron cuadros estadísticos de frecuencia porcentual, en la que se relacionan las variables de estudio. Y para determinar el grado de dependencia o asociación entre las variables, se utilizó la prueba estadística del Chi Cuadrado (X^2).

CAPITULO IV
RESULTADOS Y DISCUSIÓN

**TABLA N° 01. DEPRESIÓN POST PARTO EN PUÉRPERAS INMEDIATAS
ATENDIDAS EN EL HOSPITAL DE APOYO “JESÚS NAZARENO”
AYACUCHO, NOVIEMBRE 2017 – MARZO 2018.**

Depresión Postparto	N°	%
No Depresión	86	88.7
Depresión post parto	11	11.3
TOTAL	97	100

FUENTE: Escala de depresión postnatal de Edimburgo (EDPE)

En la tabla N° 01 se puede identificar que del 100% (97) de puérperas; el 88.7% de madres entrevistadas no presenta depresión post parto, mientras que el 11.3% de puérperas inmediatas si presenta depresión post parto en el Hospital “Jesús Nazareno” entre noviembre 2017 y marzo 2018.

La depresión es una de las patologías psiquiátricas más frecuentes dentro de la población mundial, la misma que no es atendida con la importancia que se debe. Podemos apreciarla en distintas etapas de la vida, siendo en algunos casos más delicada de atender por la predisposición y la vulnerabilidad del paciente. Es aquí en donde encontramos a las puérperas, mujeres que acaban de dar a luz, las cuales pueden cursar con inestabilidad emocional por muchos factores convirtiendo una de las etapas más felices de su vida en un verdadero tormento, como se puede apreciar en los resultados de la Tabla N° 01. En el 2008, Aramburú et al. Realizó un trabajo en el cual tenía como objetivo presentar la tasa de prevalencia de depresión posparto en madres en establecimientos de salud del primer nivel en Lima Metropolitana, encontrando que los factores sociodemográficos y gineco Obstétricos tienen riesgo moderado. La prevalencia

de la misma se hizo utilizando como instrumento la Escala de Depresión Postparto de Edimburgo (EDPE), la cual mostro una prevalencia de 33%. Romero Medina (2015), en la investigación: “Relación entre características sociodemográficas y riesgo de depresión postparto en puérperas de la clínica GOOD HOPE noviembre de 2015”; encontró que existe un riesgo de depresión postparto en 20% (riesgo limite en 10,91% y probable depresión postparto 9,09%) ⁽⁵⁾.

En nuestro estudio se identificó la presencia de Depresión Post parto en un 11.3%; que es la prevalencia usual a nivel mundial.

TABLA N° 02. a. FACTOR SOCIODEMOGRAFICO (EDAD) ASOCIADO A DEPRESIÓN POST PARTO EN PUÉRPERAS INMEDIATAS ATENDIDAS. EN EL HOSPITAL DE APOYO “JESÚS NAZARENO” AYACUCHO, NOVIEMBRE 2017 MARZO 2018.

EDAD	DEPRESION POST PARTO				TOTAL	
	SI		NO		N°	%
	N°	%	N°	%		
Menor de 20	2	2.1	32	33.0	34	35.1
20 a 29 años	5	5.1	36	37.1	41	41.2
30 a 39 años	4	4.1	18	18.6	22	22.7
TOTAL	11	11.3	86	88.7	97	100

FUENTE: Escala de depresión postnatal de Edimburgo (EDPE)

Pearson Chi2(2) = 2.0614 Pr = 0.357

En la Tabla 01.a, se puede apreciar del 100% de puérperas inmediatas entrevistadas; se identifica que la depresión post parto es más frecuente en mujeres de 20 a 29 años en un 41.2% (41), en menores de 20 años en un 35.1% (34) y en mujeres de 30 a 39 años en 22.7% (22).

Romero Medina (2015), en la investigación: “Relación entre características sociodemográficas y riesgo de depresión postparto en puérperas de la clínica GOOD HOPE noviembre de 2015”; se encontró que el mayor porcentaje de puérperas 29% oscila entre las edades de 26 a 30 años. No se encontró asociación entre el riesgo de Depresión Post Parto y las variables sociodemográficas. ⁽⁵⁾.

Vásquez y Sangama (2012) en la investigación: “Relación entre características sociodemográficas y riesgo de depresión posparto en puérperas que consultan en la Clínica corpomedic Tarapoto Junio-Setiembre 2012” cuya muestra estuvo representada por 30 puérperas que cumplieron

con los criterios de inclusión. Los hallazgos encontrados fueron: El mayor riesgo de depresión posparto en las puérperas fue 66,7% y 33,3%) no presentaron riesgo de depresión. El 73,3 % de jóvenes tuvieron entre 20 a 30 años de edad, No existió una asociación significativa entre Riesgo de Depresión Posparto y las Características Socio demográficas ⁽⁸⁾.

Como se puede apreciar en la presente tabla y verificado con la prueba estadística de chi cuadrada, no existe asociación entre la Depresión post parto y la edad de la puérpera inmediata; nuestros hallazgos coinciden con los estudios previamente mostrados. La prueba estadística de asociación nos permite concluir que no existe asociación ($p > 0.05$) entre la edad y la presencia de depresión post parto.

**TABLA N° 02. b. FACTOR SOCIODEMOGRAFICO (ESTADO CIVIL)
ASOCIADO A DEPRESIÓN POST PARTO EN PUÉRPERAS INMEDIATAS
ATENDIDAS EN EL HOSPITAL DE APOYO “JESÚS NAZARENO”
AYACUCHO, NOVIEMBRE 2017 MARZO 2018.**

ESTADO CIVIL	DEPRESION POST PARTO				TOTAL	
	SI		NO		N°	%
	N°	%	N°	%		
Soltera	8	8.2	33	34.0	41	41.2
Conviviente	3	3.1	19	19.6	22	22.7
Casada	0	0	34	35.1	34	35.1
TOTAL	11	11.3	86	88.7	97	100

FUENTE: Escala de depresión postnatal de Edimburgo (EDPE).

Pearson $\chi^2(2) = 7.1875$ Pr = 0.027.

En la tabla N° 02.b se identifica que del total de mujeres entrevistadas (100%); el 11.3% presenta depresión post parto; de las cuales el 8.2% son solteras, el 3.1% convivientes y ninguna casada presenta depresión post parto.

Romero Medina (2015), en la investigación: “Relación entre características sociodemográficas y riesgo de depresión postparto en puérperas de la clínica GOOD HOPE noviembre de 2015”; se encontró que existe un riesgo de depresión postparto en 20% (riesgo limite 10,91% y probable depresión postparto 9,09%). Se encontró que el mayor porcentaje de puérperas 29% oscila entre las edades de 26 a 30 años. 96% estaban acompañadas por su pareja, ya sea conviviente o estar casadas. No existe asociación significativa entre el riesgo de Depresión Postparto y las características Sociodemográficas. Existe 20% de riesgo de DPP ⁽⁵⁾.

Atencia Olivas (2015). En la investigación “Factores de riesgo para la depresión posparto en madres adolescentes atendidas en el hospital nacional Daniel Alcides Carrión durante abril – junio, 2015; cuyo objetivo fue: Determinar los factores de riesgo para la depresión posparto en las madres adolescentes atendidas en el Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión durante el periodo de abril a junio del 2015. Se determinó que los principales factores de riesgo para la depresión posparto en las madres adolescentes atendidas en el Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión son la mala relación con la pareja, la falta de apoyo económico de la pareja y la hospitalización del bebe por alguna complicación ⁽⁶⁾.

Vásquez y Sangama (2012) en la investigación: “Relación entre características sociodemográficas y riesgo de depresión posparto en puérperas que consultan en la Clínica corpomedic Tarapoto Junio-Setiembre 2012” cuya muestra estuvo representada por 30 puérperas que cumplieron con los criterios de inclusión. El mayor riesgo de depresión posparto en las puérperas fue 66,7% y 33,3% no presentaron riesgo de depresión. El 73,3 % de jóvenes tuvieron entre 20 a 30 años de edad, 80% tuvieron unión estable. No existió una asociación significativa entre Riesgo de Depresión Posparto y las Características Socio demográficas: Edad, Estado Civil ⁽⁸⁾.

Efectivamente la condición civil de la gestante proporciona seguridad; y en tal sentido aquellas mujeres que no están casadas presentan mayor disposición a presentar depresión post parto. La prueba estadística utilizada (Chi cuadrada), nos permite reconocer que existe asociación entre las variables propuestas; es decir la depresión post parto está asociada al

estado civil de las puérperas inmediatas en el Hospital Jesús Nazareno entre
Noviembre 2017 y Marzo de 2018.

TABLA N° 02. c. FACTOR SOCIODEMOGRAFICO (PARIDAD) ASOCIADO A DEPRESIÓN POST PARTO EN PUÉRPERAS INMEDIATAS ATENDIDAS EN EL HOSPITAL DE APOYO “JESÚS NAZARENO” AYACUCHO, NOVIEMBRE 2017 MARZO 2018.

PARIDAD	DEPRESION POST PARTO				TOTAL	
	SI		NO			
	N°	%	N°	%	N°	%
Primípara	7	7.2	36	37.1	43	44.3
Múltipara	4	4.1	50	51.6	54	55.7
TOTAL	11	11.3	86	88.7	97	100

FUENTE: Escala de depresión postnatal de Edimburgo (EDPE).

Pearson $\chi^2(1) = 1.8739$ Pr = 0.171

En la tabla y gráfico N° 02.c; se identifica que del total de puérperas inmediatas evaluadas (100%), el 7.2% son primíparas y presentan depresión post parto, el 4.1% múltiparas y presentan también depresión post parto.

Romero Medina (2015), en la investigación: “Relación entre características sociodemográficas y riesgo de depresión postparto en puérperas de la clínica GOOD HOPE noviembre de 2015”. Cuyo objetivo fue: Determinar la relación existente entre características sociodemográficas y riesgo de depresión postparto en puérperas atendidas en el servicio de Ginecología y Obstetricia de la Clínica Good Hope, Miraflores - Lima, noviembre de 2015. Se encontró que existe un riesgo de depresión postparto en 20% (riesgo limite 10,91% y probable depresión postparto 9,09%). 60% eran primíparas. No se encontró asociación entre el riesgo de DPP y las variables sociodemográficas ⁽⁵⁾.

Vásquez y Sangama (2012) en la investigación: “Relación entre características sociodemográficas y riesgo de depresión posparto en puérperas que consultan en la Clínica corpomedic Tarapoto Junio-Setiembre 2012” cuya muestra estuvo representada por 30 puérperas que cumplieron con los criterios de inclusión. Los hallazgos encontrados fueron: El mayor riesgo de depresión posparto en las puérperas fue 66,7% y 33,3%) no presentaron riesgo de depresión. El 50,0% fueron primíparas; el 46,7% refirió tener un solo hijo. No existió una asociación significativa entre Riesgo de Depresión Posparto y las Características Socio demográficas Paridad ⁽⁸⁾

Nuestros hallazgos coinciden con las investigaciones presentadas anteriormente. La prueba estadística utilizada (Chi cuadrada), nos permite identificar que no existe asociación entre las variables propuestas; es decir la depresión post parto no está asociada a la paridad de las puérperas inmediatas; se concluye que la depresión post parto no está asociada ($p>0.05$) a la paridad de la puérpera inmediata.

**TABLA N° 02. d. FACTOR SOCIODEMOGRAFICO (CONDICION ECONOMICA)
ASOCIADO A DEPRESIÓN POST PARTO EN PUÉRPERAS INMEDIATAS
ATENDIDAS EN EL HOSPITAL DE APOYO “JESÚS NAZARENO”
AYACUCHO, NOVIEMBRE 2017 MARZO 2018.**

CONDICION ECONOMICA	DEPRESION POST PARTO				TOTAL	
	SI		NO		N°	%
	N°	%	N°	%		
Menos de S/. 1000	6	6.1	43	44.4	49	50.5
S/. 1000 - 2000	3	3.1	29	29.9	32	33.0
Mayor de S/ 2000	2	2.1	14	14.4	16	16.5
TOTAL	11	11.3	86	88.7	97	100

FUENTE: Historia clínica – Ficha de cotejo.

Pearson chi2 (2) = 0.1842 Pr = 0.912.

En la tabla N° 02.d, Se identifica que del total de mujeres entrevistadas (100%); el 11,3% presenta depresión post parto, de las cuales el 6.1%, tienen como ingreso económico menos de 1000 soles; el 3.1% de 1000 a 2000 nuevos soles y el 2% más de 2000 nuevos soles.

La depresión posparto es un trastorno o episodio depresivo que se inicia posterior al parto y puede mantenerse durante el puerperio, o inclusive puede permanecer después de éste. Esta patología representa una importante afección de la salud mental en la mujer.

Romero Medina (2015), en la investigación: “Relación entre características sociodemográficas y riesgo de depresión postparto en puérperas de la clínica GOOD HOPE noviembre de 2015”. Cuyo objetivo fue: Determinar la relación existente entre características sociodemográficas y riesgo de depresión postparto en puérperas atendidas en el servicio de Ginecología y Obstetricia de la Clínica Good Hope, Miraflores - Lima, Se encontró que

existe un riesgo de depresión postparto en 20% (riesgo limite 10,91% y probable depresión postparto 9,09%). No se encontró asociación entre el riesgo de DPP y las variables sociodemográficas ⁽⁵⁾.

Atencia Olivas (2015). En la investigación “Factores de riesgo para la depresión posparto en madres adolescentes atendidas en el hospital nacional Daniel Alcides Carrión durante abril – junio, 2015; cuyo objetivo fue: Determinar los factores de riesgo para la depresión postparto en las madres adolescentes atendidas en el Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión durante el periodo de abril a junio del 2015. Se determinó que los principales factores de riesgo para la depresión posparto en las madres adolescentes atendidas en el Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión son la mala relación con la pareja, la falta de apoyo económico de la pareja y la hospitalización del bebe por alguna complicación ⁽⁶⁾.

Nuestros hallazgos no coinciden con los del Romero Medina, teniendo en cuenta que las madres entrevistadas tienen algún tipo de ingreso económico lo cual les hace de alguna forma independientes de los padres del recién nacido, aspecto que es confirmado con la prueba de asociación; es decir la depresión post parto es independiente del nivel económico de la puérpera inmediata. La prueba estadística utilizada (Chi cuadrada), nos permite concluir que no existe asociación ($p > 0.05$) entre las variables propuestas; es decir la depresión post parto en esta población no está asociada o es independiente de la condición económica de las mujeres puérperas inmediatas.

**TABLA N° 02. e. FACTOR SOCIODEMOGRAFICO (ATENCION PRE NATAL)
ASOCIADO A DEPRESIÓN POST PARTO EN PUÉRPERAS INMEDIATAS
ATENDIDAS EN EL HOSPITAL DE APOYO “JESÚS NAZARENO”
AYACUCHO, NOVIEMBRE 2017 MARZO 2018.**

ATENCION PRE NATAL	DEPRESION POST PARTO				TOTAL	
	SI		NO		N°	%
	N°	%	N°	%		
Si	9	9.3	81	83.5	90	92.8
No	2	2.1	5	5.2	7	7.2
TOTAL	11	11.3	86	88.7	97	100

FUENTE: Escala de depresión postnatal de Edimburgo (EDPE).

Pearson chi2 (1) = 2.2280 Pr = 0.136.

En la tabla N° 02.e, Del 100% de mujeres entrevistadas (97); se identifica que del total de mujeres con depresión post parto (11.3%), el 9.3%, se realizó la atención pre natal correspondiente y el 2.1% no se realizó dicha atención.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) concibe un mundo en el que todas las embarazadas y recién nacidos del mundo reciben una atención de calidad durante el embarazo, el parto y el periodo postnatal. En el continuo de servicios de atención de la salud reproductiva, la atención prenatal representa una plataforma para llevar a cabo importantes funciones de atención de la salud, como la promoción de la salud, el cribado y el diagnóstico, y la prevención de enfermedades. Se ha constatado que, cuando se realizan en tiempo oportuno prácticas apropiadas basadas en datos objetivos, la atención prenatal puede salvar vidas. De modo significativo, la atención prenatal también ofrece la oportunidad de comunicarse con las mujeres, las familias y las comunidades y brindarles apoyo en un momento decisivo de la vida de una mujer. Al elaborar estas recomendaciones sobre atención prenatal se ha puesto énfasis en la

importancia de establecer una comunicación eficaz sobre cuestiones fisiológicas, biomédicas, de comportamiento y socioculturales y brindar un apoyo eficaz de tipo social, cultural, emocional y psicológico a las embarazadas de una manera respetuosa. Estas funciones de comunicación y apoyo de la atención prenatal son esenciales, no solo para salvar vidas, sino para mejorar la calidad de vida, incrementar la utilización de los servicios de atención de la salud y aumentar la calidad de la atención. Las experiencias positivas de las mujeres en el marco de la atención prenatal y el parto pueden sentar las bases para una maternidad saludable.

La prueba estadística utilizada (Chi cuadrada), nos permite identificar que no existe asociación entre las variables propuestas; es decir la depresión post parto en esta población no está asociada o es independiente ($p > 0.05$) de la realización de la atención pre natal por las mujeres puérperas inmediatas. Se concluye que la depresión post parto en puérperas inmediatas se da independientemente de la atención pre natal realizado o recibido por la madre durante el embarazo.

TABLA N° 03. a. FACTOR PSICOSOCIAL (PSICOPROFILAXIS) ASOCIADO A DEPRESIÓN POST PARTO EN PUÉRPERAS INMEDIATAS ATENDIDAS EN EL HOSPITAL DE APOYO “JESÚS NAZARENO” AYACUCHO NOVIEMBRE 2017 MARZO 2018.

PSICOPROFILAXIS	DEPRESION POST PARTO				TOTAL	
	SI		NO		N°	%
	N°	%	N°	%		
Si	8	8.2	26	26.8	34	35.1
No	3	3.1	60	61.9	63	64.9
TOTAL	11	11.3	86	88.7	97	100

FUENTE: Escala de depresión postnatal de Edimburgo (EDPE).

Pearson chi2 (1) = 7.7359 Pr = 0.005

En la tabla N° 03.a, Del 100% (97) de madres entrevistadas; se identifica que del total de mujeres con depresión post parto (11.3%), el 8.2%, participó de todas las sesiones de profilaxis planificadas y el 3.1% no participó del total de las sesiones realizadas.

La Psicoprofilaxis Obstétrica se práctica a nivel mundial y sirve como una herramienta fundamental para la atención integral de las gestantes con el objetivo de obtener los mejores resultados materno-neonatales. Roberto Caldeyro Barcia, médico perinatología impulsor y Director del Centro Latinoamericano de Perinatología (CLAP - OPS/OMS), es quien en la década de los años 70 impulsó sus beneficios y es desde ahí que los profesionales involucrados en la obstetricia promocionan la participación de las gestantes a estas sesiones debido a que no hay dudas sobre los importantes beneficios que ofrece la Psicoprofilaxis Obstétrica y que de la misma manera beneficia al equipo de salud. En el Perú, la Psicoprofilaxis Obstétrica, es una actividad que el obstetra realiza en la atención diaria para la preparación física, psicológica y social de las gestantes a través de

actividades educativas que generan en ella conocimientos y actitudes adecuadas que permitan su participación activa, con tranquilidad y seguridad, durante la gestación, parto y post parto.

Huete Félix Silvia en la investigación “Relación entre asistir al curso de psicoprofilaxis obstétrica y el riesgo de presentar depresión post parto en puérperas inmediatas atendidas en el Instituto Nacional Materno Perinatal en el periodo de marzo – abril 2017”; cuyo objetivo fue: correlacionar la asistencia al curso de Psicoprofilaxis Obstétrica y el riesgo de presentar depresión post parto en puérperas inmediatas atendidas en el Instituto Nacional Materno Perinatal en el periodo de marzo – abril de 2017. Se identificó que del total de puérperas inmediatas con riesgo de presentar depresión post parto, el 84,7% asistieron a 0 sesiones del curso de Psicoprofilaxis Obstétrica; mientras que del total de puérperas inmediatas sin riesgo de presentar depresión post parto, el 58,5% asistieron a 6 sesiones del curso de Psicoprofilaxis Obstétrica. Se encontró correlación positiva y significativa entre ambas prevalencias ($r=0,344$) al comparar las pacientes que asistieron a 6 sesiones con las que no asistieron a ninguna sesión del curso de Psicoprofilaxis Obstétrica con respecto a presentar o no riesgo de depresión post parto ¹⁶.

Nuestros hallazgos coinciden con los de Huete y la prueba estadística utilizada (Chi cuadrada), nos permite identificar que existe asociación entre las variables propuestas; es decir la presencia o no de la depresión post parto en esta población está asociada a la participación o no de las sesiones de psicoprofilaxis por las mujeres puérperas inmediatas; por lo que se concluye que la presencia de depresión post parto está asociada ($p<0.05$) a la no participación de la psicoprofilaxis por la puérpera inmediata durante el embarazo.

TABLA N° 03. b. FACTOR PSICOSOCIAL (PERCEPCIÓN DE APOYO DE LA PAREJA) ASOCIADO A DEPRESIÓN POST PARTO EN PUÉRPERAS INMEDIATAS ATENDIDAS EN EL HOSPITAL DE APOYO “JESÚS NAZARENO” AYACUCHO, NOVIEMBRE 2017 MARZO 2018.

PERCEPCION DE APOYO DE PAREJA	DEPRESION POST PARTO				TOTAL	
	SI		NO			
	N°	%	N°	%	N°	%
APOYA	4	4.1	59	60.9	63	64.9
NO APOYA	7	7.2	27	27.8	34	35.1
TOTAL	11	11.3	86	88.7	97	100

FUENTE: Escala de depresión postnatal de Edimburgo (EDPE).

$$\text{Pearson } \chi^2(1) = 4.4531 \quad \text{Pr} = 0.035$$

En la tabla N° 03.b, se identifica que del 100% (97) de puérperas entrevistadas; el 11.3% presentan depresión post parto, de las cuales el 7.2%, percibe que su pareja no la apoya en su actual estado y el 4.1% percibe que su pareja si la apoya.

Romero Medina (2015), en la investigación: “Relación entre características sociodemográficas y riesgo de depresión postparto en puérperas de la clínica GOOD HOPE noviembre de 2015”. Se encontró que el mayor porcentaje de puérperas 29% oscila entre las edades de 26 a 30 años. 96% estaban acompañadas por su pareja, ya sea conviviente o estar casadas. Determinó que no existe asociación significativa entre el riesgo de Depresión Postparto y las características Sociodemográficas. Existe 20% de riesgo de DPP ⁽⁵⁾.

Atencia Olivas (2015). En la investigación “Factores de riesgo para la depresión posparto en madres adolescentes atendidas en el hospital nacional Daniel Alcides Carrión durante abril – junio, 2015; cuyo objetivo fue: Determinar los factores de riesgo para la depresión postparto en las madres adolescentes atendidas en el

Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión durante el periodo de abril a junio del 2015. Se determinó que los principales factores de riesgo para la depresión posparto en las madres adolescentes atendidas en el Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión son la mala relación con la pareja, la falta de apoyo económico de la pareja y la hospitalización del bebe por alguna complicación ⁽⁶⁾.

Es distinta la relación de pareja cuando el padre se siente involucrado en la atención del niño/a y participa en los cuidados y manifestaciones de afecto y alegría. Esto constituye un estímulo para la mujer y hace más fáciles los cambios que se producen en la relación. Las mujeres valoran mucho la ayuda y apoyo que reciben de sus parejas en esta etapa. No se trata sólo de ayuda en las tareas concretas ni de que esto beneficie solamente a la madre. Uno de los roles importantes del padre, en la crianza de sus hijos en las primeras etapas del postparto, es la contención afectiva de la madre. Mientras más tranquila y contenta se sienta la mujer, mejor y más fácil será su interacción con su hijo/a. Así, el padre contribuye al bienestar y crecimiento de los recién nacidos, facilitando un ambiente emocional adecuado.

Nuestros hallazgos coinciden con antecedentes arriba mencionados, la prueba estadística utilizada (Chi cuadrada), nos permite identificar que existe asociación entre las variables propuestas; es decir la presencia o no de la depresión post parto en esta población está asociada al apoyo que perciben las mujeres puérperas inmediatas del Hospital en estudio; por lo que se concluye que la presencia de depresión post parto está asociada ($p < 0.05$) a la percepción negativa de la puérpera inmediata respecto al apoyo de la pareja.

CONCLUSIONES

- La prevalencia de puérperas inmediatas con depresión post parto en el servicio de Gineco Obstetricia. Hospital de Apoyo Jesús Nazareno. Noviembre 2017- Marzo 2018 es de 11.3%.
- Los factores sociodemográficos edad, paridad, condición económica y atención pre natal, recibida por parte de la puérpera inmediata no están asociados a la Depresión post parto ($p>0.05$). Mientras que el estado civil de la puérpera y el hecho de haber recibido psicoprofilaxis durante el embarazo está relacionado la depresión postparto ($p<0.05$) .
- Los factores psicosociales como la percepción de apoyo emocional de la pareja están asociados ($p>0.05$) a la depresión post parto de las puérperas inmediatas atendidas en el Hospital de Apoyo Jesús Nazareno.

RECOMENDACIONES

- A los profesionales de obstetricia, realizar tempranamente la identificación de riesgos de la depresión posparto para lo cual, debemos elevar el nivel de conocimiento sobre esta enfermedad, otorgar mayor responsabilidad al profesional para que aprenda a sospechar, diagnosticar y derivar adecuadamente a las madres para establecer el diagnóstico definitivo.
- Realizar sesiones educativas en las puérperas para informar sobre este cuadro riesgo depresión, aprovechando el control prenatal de las gestantes y también como una manera de abordaje integral de la paciente en el cuidado de su salud, poniendo énfasis en la promoción de la misma, realizando un trabajo interdisciplinario con los agentes de la comunidad y otros profesionales de la salud para el control exhaustivo de las madres de riesgo.
- Identificar a aquellas madres con mayor necesidad de una evaluación diagnóstica más completa y trascender nuestro trabajo a las demás entidades de salud y con más razón hacia los centros de salud donde la atención primaria es limitada.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. OMS: aspectos relacionados a la depresión: www.who.org.2004
2. CARRO T, SIERRA JM, MERNANDEZ MJ, LADRON E, BARRIO J: trastornos del estado de ánimo en el post parto, medicina general mayo 2000”.pag 452-456.
3. CANAVAL, EUGENIA Y COLABORADORES: “depresión postparto, apoyo social y calidad de vida en mujeres de Cali. Colombia 2003.
4. EVANS GREGORIO Y VICUÑA, MCJANH: “depresión postparto realidad en el sistema público de atención de salud, chile 2003”.
5. ROMERO MEDINA. “Relación entre características sociodemográficas y riesgo de depresión post parto en puérperas de la Clínica GOOD HOPE, noviembre 2015”
6. ATENCIA OLIVAS. “Factores de riesgo para la depresión posparto en madres adolescentes atendidas en el hospital nacional Daniel Alcides Carrión durante abril – junio, 2015
7. BUSTOS Y JIMÉNEZ. “Factores de riesgo asociados a la depresión post parto, en mujeres que asisten a centros de atención primaria en la ciudad de Arica – Chile”
8. VÁSQUEZ Y SANGAMA. “Relación entre características sociodemográficas y riesgo de depresión posparto en puérperas que consultan en la Clínica corpomedic. Tarapoto Junio-Setiembre 2012
9. CASSELLO, ALBERTO. “Puerperio normal. Revista de postgrado de la cátedra VI a medicina N° 100. Argentina 2010.
10. SCHWARCZ.R: obstetricia editorial. Ateneo argentina 2000.
11. INSTITUTO ESPECIALIZADO DE SALUD MENTAL HONORIO DELGADO HIDEYO NOGUCHI: salud mental en la población adulta en el Perú, editorial IESM “HD-HN”. Lima 2004.
12. LAWRENCE C.KOLB: “psiquiatría clínica moderna”. Editorial prensa moderna. Mexicana 5ta edición 1986.
13. MANCHADO F, GARCIA T, MOYA N, BERNABEU N, CERDA R: “Depresión puerperal: factores relacionados. Atención primaria 1997; 20(4), 161-166.
14. SIERRA JM, CARRO T, LADRON E: “variables asociados al riesgo de depresión post parto Edimburgo post natal depresión, scale. Atención primaria, junio 2002”.
15. Escala de Depresión de Post-Parto de Edinburgo (EPDS) Obtenido de la British Journal of Psychiatry [Revista Británica de Psiquiatría] Junio de 1987, Volumen 150 por J.L. Cox, J.M. Holden, R. Sagovsky.

ANEXO



ESCALA DE DEPRESION POST PARTO DE EDIMBURGO

Como hace poco usted tuvo un bebé, nos gustaría saber cómo se ha estado sintiendo. Por favor MARQUE en un círculo el número correspondiente a la respuesta que más se acerca a como se ha sentido en los últimos 7 días.

Nº	CONDUCTAS	ALTERNATIVAS	PUNTAJE
			2 meses
1	He sido capaz de reírme y ver el lado divertido de las cosas	Tanto como siempre	0
		No tanto ahora	1
		Mucho menos ahora	2
		No, nada	3
2	He disfrutado mirar hacia delante	Tanto como siempre	0
		Menos que antes	1
		Mucho menos que antes	2
		Casi nada	3
3	Cuando las cosas han salido mal me he culpado a mí misma innecesariamente	Sí, la mayor parte del tiempo	3
		Sí, a veces	2
		No con mucha frecuencia	1
		No, nunca	0
4	He estado nerviosa o inquieta sin tener motivo	No, nunca	0
		Casi nunca	1
		Sí, a veces	2
		Sí, con mucha frecuencia	3
5	He sentido miedo o he estado asustadiza sin tener motivo	Sí, bastante	3
		Sí, a veces	2
		No, no mucho	1
		No, nunca	0
6	Las cosas me han estado abrumando	Sí, la mayor parte del tiempo no he podido hacer las cosas en absoluto	0
		Sí, a veces no he podido hacer las cosas tan bien como siempre	1
		No, la mayor parte del tiempo he hecho las cosas bastante bien	2
		No, he estado haciendo las cosas tan bien como siempre	3
7	Me he sentido tan desdichada que he tenido dificultades para dormir	Sí, la mayor parte del tiempo	3
		Sí, a veces	2
		No con mucha frecuencia	1
		No, nunca	0
8	Me he sentido triste o desgraciada	Sí, la mayor parte del tiempo	3
		Sí, bastante a menudo	2
		No con mucha frecuencia	1
		No, nunca	0
9	Me he sentido tan desdichada que he estado llorando	Sí, la mayor parte del tiempo	3
		Sí, bastante a menudo	2
		Sólo ocasionalmente	1
		No, nunca	0
10	Se me ha ocurrido la idea de hacerme daño	Sí, bastante a menudo	3
		A veces	2
		Casi nunca	1
		Nunca	0
TOTAL			



CUESTIONARIO

Buenas tardes: Somos estudiantes de Obstetricia de la Universidad Nacional San Cristóbal de Huamanga. Esta encuesta requiere sólo unos 5 minutos de su tiempo. Sus respuestas serán muy importantes y útiles, se le suplica leer atentamente.

I.- DATOS PERSONALES

EDAD:

TELEFONO:

II.- INFORMACIÓN BÁSICA

- ¿Cuál es su estado civil?
 - a) Soltera
 - b) Casada
 - c) Conviviente

- ¿Cuál es su procedencia?
 - a) rural
 - b) urbano
 - c) urbano marginal

- ¿su condición económica es?
 - a) > s/.1500.00
 - b) s/.750 – s/.1500
 - c) < a s/.750.00
- ¿cómo se lleva con su pareja?

-
- ¿cuál es su grado de instrucción?
 - a) Analfabeta
 - b) Primaria
 - c) Secundaria
 - d) Superior

III.- ANTECEDENTES GINECO – OBSTETRICOS

- ¿usted durante su embarazo tubo sus controles prenatales?
 - a) si
 - b) nunca
 - c) raras veces

- ¿durante su embarazo, usted asistió a sus sesiones de psicoprofilaxis?
 - a) si
 - b) nunca
 - c) rara vez

- ¿Percibe apoyo emocional de su pareja?
 - a) Si siente apoyo
 - b) No siente apoyo

Muchas gracias por tomarse el tiempo para completar esta encuesta. Su opinión es de gran importancia

Muchas gracias por tomarse el tiempo para completar esta encuesta. Su opinión es de gran importancia.