

**UNIVERSIDAD PRIVADA ANTENOR ORREGO**  
**FACULTAD DE MEDICINA HUMANA**  
**ESCUELA DE MEDICINA HUMANA**



**CESAREA COMO FACTOR DE RIESGO DE DEPRESION  
POSTPARTO EN PUERPERAS DEL HOSPITAL REGIONAL  
DOCENTE DE TRUJILLO**

**TESIS PARA OPTAR EL TÍTULO DE MÉDICO CIRUJANO**

**AUTOR:**

**SANCHEZ JULCA RENATO MANUEL**

**ASESOR:**

**Dra. JARA PEREDA LUZ MILAGROS**

Trujillo – Perú

2019

**CESAREA COMO FACTOR DE RIESGO DE DEPRESION POSTPARTO EN  
PUERPERAS DEL HOSPITAL REGIONAL DOCENTE DE TRUJILLO  
JURADO CALIFICADOR**

---

**DR.  
PRESIDENTE**

---

**DR.  
SECRETARIO**

---

**DR.  
VOCAL**

**ASESOR**

**Dra. JARA PEREDA LUZ MILAGROS**  
Médico – Docente del curso de Psiquiatría de la Facultad de Medicina  
Humana de Universidad Privada Antenor Orrego

## **DEDICATORIA**

*Quiero dedicar este trabajo en primer lugar a mis Padres; todo lo que soy y seré se lo debo a ellos. Sin su apoyo incondicional no hubiera podido culminar esta carrera.*

*A mis tíos Jesús, Amelia y Carmela; por acogerme como un hijo más, por protegerme y hacerme sentir como en casa. Es algo que no olvidaré y tendré presente siempre.*

*Y a mi hermana Leslie; por estar a mi lado dándome fuerzas y ayudándome en todo. Pero, sobre todo, por ser él quien me motiva y enseña.*

*Sentir su cariño ha sido fundamental en esta etapa de mi vida para seguir adelante.*

*Espero siempre llenarlos de orgullo y corresponder todo lo que he recibido de ustedes.*

## **AGRADECIMIENTOS**

*A Dios, por ser quien guía, protege  
y cuida en cada paso que damos.*

*A mis primos Kevin y Angie  
quienes estuvieron conmigo al inicio y  
por ser aún mis referentes.*

*A mis amigos, con ellos hemos  
salido adelante y llegamos hasta este punto juntos.*

*A mi asesora de tesis,  
Dra. Jara Pereda Luz por aceptar  
trabajar conmigo y darme de su tiempo.*

## ÍNDICE

	<i>Página</i>
<b>PÁGINAS PRELIMINARES.....</b>	<b>04</b>
<b>RESUMEN.....</b>	<b>06</b>
<b>ABSTRACT.....</b>	<b>07</b>
<b>INTRODUCCIÓN.....</b>	<b>08</b>
<b>PLAN DE INVESTIGACIÓN.....</b>	<b>14</b>
<b>MATERIAL Y MÉTODOS.....</b>	<b>15</b>
<b>RESULTADOS .....</b>	<b>22</b>
<b>DISCUSIÓN.....</b>	<b>24</b>
<b>CONCLUSIONES.....</b>	<b>28</b>
<b>RECOMENDACIONES.....</b>	<b>29</b>
<b>REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....</b>	<b>30</b>
<b>ANEXOS.....</b>	<b>33</b>

## **Resumen**

**Objetivo:** Determinar si el antecedente de cesárea es un factor de riesgo para el desarrollo de Depresión Posparto en puérperas del Hospital Regional Docente de Trujillo.

**Material y Métodos:** Se llevó a cabo un estudio de tipo analítico, observacional, de casos y controles. La población de estudio estuvo constituida por 87 puérperas; los cuales fueron divididas en 2 grupos: con depresión postparto o sin ella.

**Resultados:** El análisis estadístico sobre las variables en estudio nos reportó que no se apreciaron diferencias significativas en relación a las variables edad materna, estado civil entre las pacientes con depresión postparto o sin ella. El factor de riesgo obstétrico cesárea como factor de riesgo para depresión postparto obtiene un Odds ratio: 3,115 con un Intervalo de confianza al 95%: (1,104 - 8,784)., el cual fue significativo( $p < 0.05$ )

**Conclusiones:** La cesárea es factor de riesgo para depresión postparto puérperas del Hospital Regional Docente de Trujillo.

**Palabras Claves:** Factor de riesgo, Cesárea, depresión postparto.

## **ABSTRACT**

**Objective:** To determine whether Cesarean section is a risk factor for postpartum depression at the Hospital Regional Docente de Trujillo.

**Material and Methods:** An analytical, observational, case-control study was conducted. The study population consisted of 87 postpartum women; Which were divided into 2 groups: with or without postpartum depression.

**Results:** There were no significant differences in relation to the variables maternal age, civil status women with or without postpartum depression. The obstetric risk factor, cesarean section as a risk factor for postpartum depression, obtains a Odds ratio: 3,115 with a 95% confidence interval: (1,104 - 8,784), which was significant ( $p < 0.05$ )

**Conclusions:** Cesarean section is a risk factor for postpartum depression at Hospital Regional Docente de Trujillo.

**Keywords:** *Cesarean section, risk factor, postpartum depression.*

## I. INTRODUCCIÓN

La Organización Mundial de la Salud refiere que la depresión es la principal causa de problemas de salud y discapacidad en todo el mundo. Según las últimas estimaciones, más de 300 millones de personas viven con depresión, mostrando así un incremento del más del 18% entre el 2005 y 2015. <sup>1</sup>

Los trastornos depresivos son un grupo de enfermedades frecuentes en la población general y en la práctica clínica. El riesgo de padecerlos es dos veces mayor en las mujeres respecto de los hombres, con una prevalencia a lo largo de la vida entre el 10-20%. Estos trastornos pueden presentarse en cualquier momento de la vida de la mujer, desde la infancia hasta la vejez, pero son más frecuentes en la etapa de su vida reproductiva (15 a 44 años). El periodo post parto es una etapa en la que el riesgo de desarrollarlos es especialmente alto debido a que la madre está sometida a importantes cambios hormonales y físicos, y a un gran número de factores ambientales generadores de estrés como son la lactancia, la asunción del papel de mamá y las transformaciones en la relación de pareja y en la estructura familiar que trae consigo este periodo. <sup>2</sup>

La depresión postparto (DPP), es la complicación más frecuente de la maternidad, que se caracteriza por labilidad emocional, de curso fluctuante. Siendo frecuente en estas mujeres crisis de angustia, insomnio, así como desinterés por su nuevo hijo. Esta patología afecta aproximadamente al 13 – 19% de las madres durante los primeros meses de vida. <sup>3</sup>

El Manual Diagnóstico y Estadística de Trastornos mentales (DSM –IV) la define un episodio depresivo mayor que comienza en las primeras cuatro semanas tras el nacimiento de un hijo.<sup>4</sup> Sin embargo, debido a que muchas mujeres pueden experimentar síntomas después de este periodo, la definición se extiende incluyendo todo el primer año de postparto. <sup>5</sup>

La depresión postparto interfiere de manera negativa no sólo en la salud mental de la mujer a largo plazo, sino también en la relación de pareja y en los hijos,



demostrándose que la DPP es uno de los mayores factores de riesgo para el desarrollo emocional de los hijos. <sup>6</sup>

Esta entidad constituye un problema de salud pública en varios países, con una prevalencia mundial que fluctúa entre un 10% a 15%, tres veces más alta en los países en desarrollo que en los países desarrollados, siendo mayor en las mujeres de nivel socioeconómico bajo. <sup>7</sup>

Un estudio antropológico publicado a fines de la década 1980-89 sugirió que la DPP era prácticamente inexistente en China, debido a una mayor atención dirigida a la mujer y a las adecuadas redes de apoyo familiar. Estudios posteriores con instrumentos de auto-reporte han arrojado tasas entre 0 y 18% en poblaciones diversas de ese país. Respecto de su prevalencia en el mundo occidental, se han reportado valores más altos en países emergentes que en los desarrollados. <sup>8</sup>

En Latinoamérica se ha reportado una alta prevalencia de depresión postparto: Chile 50,7%, Colombia 32,8%, México 32,6%, Perú 24,1% y Venezuela 22%. En nuestro país, se halló en el Hospital Cayetano Heredia, en Lima, una incidencia de DPP del 38,3%. En el Instituto materno perinatal de Lima, fue cerca del 50%. Y en el Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins de Essalud se reportó una incidencia de DPP del 17,8%.

Sin embargo, es difícil determinar la prevalencia real de este trastorno, porque los estudios difieren extremadamente en lo que se refiere a metodología empleada y a las poblaciones analizadas, pero puede aceptarse que 10 a 20% de las púerperas son afectadas por esta entidad. <sup>7,9</sup>

Respecto a la etiología surgen varias teorías, las cuales una de ellas es que tras el embarazo la mujer empieza una etapa en la cual se desarrollan cambios fisiológicos, emocionales y sociales hasta lograr la adaptación a la nueva fase del ciclo vital, lo cual puede suponer un gran estrés para la mujer. En esta situación es habitual que exista un periodo de labilidad mientras que se restablece su entorno biopsicosocial. Durante este periodo aparece una tenue

depresión que se manifiesta durante la primera semana del puerperio pudiendo durar hasta dos semanas. <sup>10</sup>

Estas situaciones de labilidad emocional puede originar trastornos en la interacción entre las madres y sus recién nacido, tales como alteraciones psicológicas a corto y largo plazo en los hijos y un mayor riesgo de separaciones y divorcios. <sup>11</sup>

Existen múltiples factores de riesgo asociados a la depresión post parto, siendo los más importantes antecedentes de depresión u otra enfermedad psiquiátrica, ansiedad o depresión durante el embarazo, la falta de apoyo social, acontecimientos estresantes de la vida, embarazo no planificado, la preferencia de hijos de sexo masculino y de bajos ingresos son consideradas factores de riesgo pertinentes. <sup>12,13</sup>

Respecto a los factores de riesgo obstétrico se ha sugerido que el número de partos es un factor de riesgo asociado a la Depresión Posparto; diversas investigaciones han concluido que el nacimiento del primer hijo representa un estrés único y se correlaciona con la depresión de manera más fuerte, que en el caso del segundo o el tercer parto.

Otros factores obstétricos que podrían incrementar el riesgo de depresión posparto son: embarazo en adolescentes, complicaciones obstétricas durante el embarazo, el parto o el postparto (principalmente embarazos de alto riesgo) y presencia de alteraciones psicológicas durante el embarazo. <sup>14</sup>

El diagnóstico de esta patología se puede realizar mediante el instrumento de mayor que es la escala de depresión postnatal de Edimburgo (EPDS), la cual es un instrumento de auto reporte de 10 ítems, que ha sido validada en múltiples países, demostrando tener un alto poder diagnóstico, con una sensibilidad cercana al 100% y una especificidad de 82% para evaluar la intensidad de la depresión postparto, esta escala fue desarrollada en Livingston y Edimburgo, y consiste en 10 preguntas cortas, cada pregunta tiene scores que van desde 0 a 3; se considerará depresión si el puntaje obtenido es  $> 9$  <sup>15,16</sup>

El factor obstétrico de riesgo abordar en este estudio es el tipo de parto, específicamente la Cesárea, la cual es definida como una intervención quirúrgica que consiste en la extracción del feto, la placenta y los anexos ovulares por vía abdominal a través de una incisión en la pared uterina.<sup>17,18</sup> Esta debe llevarse a cabo cuando existen indicaciones fetales y/o maternas que contraindican la vía vaginal, evitando así los riesgos y complicaciones maternos–fetales.<sup>19</sup>

Es la más antigua y moderna de las operaciones y ha llegado a un grado de perfeccionamiento que ha motivado una confiabilidad excesiva y un uso irracional.<sup>20</sup> No existe un sistema de clasificación de las cesáreas aceptado internacionalmente.<sup>21</sup> Las cesáreas se pueden dividir en electivas, en curso de parto y urgentes; a su vez, las cesáreas de urgencia pueden ser urgentes o emergentes.<sup>22</sup> La cesárea de emergencia se define como la necesidad de interrupción inmediata de embarazo.<sup>23</sup>

Desde 1985, la comunidad internacional ha considerado que la "tasa ideal" para las cesáreas debe oscilar entre 10% y 15%. Estudios nuevos revelan que cuando la tasa de cesárea se acerca al 10% a nivel de población, disminuye el número de defunciones maternas y de los recién nacidos. Pero cuando la frecuencia va por encima del 10%, no hay indicios de que mejoran las tasas de mortalidad. Se estima que a nivel mundial, la tasa de cesárea supera el ideal. En las Américas, es del 38,9% en promedio, según los últimos datos disponibles de 25 países. Esta cifra, sin embargo, podría ser mayor ya que en muchos casos no se tiene en cuenta las cesáreas que se realizan en el sector privado.<sup>24</sup>

Según la Encuesta Nacional Demográfica y de Salud 2015 (ENDES), presentado por el Instituto Nacional de Estadística e Informática (INEI), el 31,6% de partos en el Perú se realizan mediante cesárea y, en los últimos cinco años, este tipo de procedimiento se incrementó en 11,2 puntos porcentuales.<sup>25</sup> Un ejemplo es la tasa de cesárea registrada en el Hospital Nacional Dos de Mayo durante el periodo de Enero a Diciembre del 2015 representó un 57,5% del total de nacimientos registrados<sup>26</sup>

La operación cesárea no está exenta de complicaciones, pueden aparecer varias condiciones dentro de la morbilidad asociada a esta cirugía <sup>27</sup>, dentro de ellas tenemos a complicaciones anestésicas <sup>28</sup>, quirúrgicas como infección del sitio operatorio<sup>29</sup>, infecciosas (endometritis, tromboflebitis séptica pélvica, etc.)<sup>30</sup>. Se debe recalcar que la cesárea es el principal factor de riesgo asociado con la infección post parto y tiene un riesgo entre 5 a 20 veces más alto que el parto vaginal. <sup>31</sup>

Durante años los investigadores se han enfocado en los aspectos técnicos y rangos apropiados de la cesárea: como procedimiento quirúrgico. Sin embargo, el nacimiento por cesárea puede tener poderosos efectos psicosociales en las mujeres y en su habilidad para adaptarse a la maternidad. Estudios sugieren que los efectos psicosociales negativos de las cesáreas pueden ser significativos y profundos para algunas mujeres. Numerosos reportes indican que la cesárea, especialmente cuando no ha sido programada, puede aumentar en algunas mujeres el riesgo de depresión y estrés postraumático. <sup>32</sup>

Otros estudios afirman que las mujeres que dan a luz mediante cesárea tienen una experiencia menos satisfactoria del nacimiento de su hijo que aquellas que lo hacen por vía vaginal, y además haciéndolas a estas más propensas a la depresión posparto. <sup>33</sup>

**HUI XU, et al (CHINA 2017)**, llevaron a cabo este estudio con la finalidad de encontrar la asociación entre la Cesárea y la Depresión pos parto, este metanálisis incluyó 28 estudios de 27 artículos con 532.630 participantes. Teniendo como base de datos Pubmed, Web of Science and Embase, el Odds ratio de la asociación entre cesárea y depresión posparto fue de 1.26 (95% CI: 1.16-1.36), lo cual sugirió que efectivamente la cesárea aumentaba el riesgo de padecerla. <sup>34</sup>

**Malik FR, et al (Pakistán 2015)**, realizaron un estudio en 3 hospitales con la finalidad de determinar la frecuencia de Depresión posparto en mujeres atendidas ya sea por parto vaginal o cesárea, este estudio retrospectivo de casos

y controles tuvo una población de 100 mujeres atendidas en dichos nosocomios, en las mujeres que se sometieron a cesárea (n = 50), 29 (58%) tuvieron enfermedad depresiva mientras que en el grupo de mujeres que dieron a luz por vía vaginal normal (n = 50), 12 (24%) tuvieron depresión (Valor p <0,001); estableciendo que la depresión postnatal es significativamente más común en las mujeres sometidas a cesáreas en comparación con los partos vaginales. <sup>35</sup>

**ATENCIA, (PERÚ 2015)**, publicó una tesis titulada “Factores de riesgo para la depresión posparto en madres adolescentes atendidas en el hospital nacional Daniel Alcides Carrión durante abril – junio, 2015”. Siendo uno de sus objetivos determinar la influencia de la cesárea en la depresión posparto. Realizó un estudio analítico de casos y controles, donde su muestra estuvo conformada por 180 madres adolescentes en dos grupos: 90 pacientes que tuvieron depresión posparto (casos) y 90 pacientes sin depresión posparto (control). Encontrando que en el grupo con depresión posparto, el 27.8% de las pacientes tuvo su parto actual por cesárea, comparado con el 11.1% del grupo sin depresión posparto, siendo esta diferencia porcentual estadísticamente significativa (p=0.005), por lo que la cesárea es un factor de riesgo para depresión posparto en madres adolescentes (OR=3.08 (1.38- 6.87)). <sup>36</sup>

**PAIZ, (GUATEMALA 2012)**, llevó a cabo una investigación sobre los factores de riesgo en la depresión posparto, mediante un estudio de tipo descriptivo utilizando una muestra de 400 pacientes entre las edades de 15 a 40 años ingresadas en el servicio de maternidad para control del puerperio. De las 144 pacientes que dieron positivo para el Test de rastreo positivo se observó que el 60% (86 pacientes) se encontraban en el puerperio de su primer o segundo embarazo, resolviendo su embarazo el 55% (79 pacientes) por medio de una cesárea. Se encontró que solo existe una variación del 10% en la vía de resolución del embarazo por cesárea versus parto. Estos datos sugirieron que la vía de resolución del embarazo no demuestra ser un factor influyente en aumentar o disminuir el riesgo de padecer depresión posparto, es decir el riesgo es similar en pacientes que resuelven su embarazo vía parto o vía cesárea. <sup>37</sup>

En nuestro país la depresión posparto es un diagnóstico que muchas veces pasa desapercibido, y los estudios muestran que su incidencia ha ido

aumentando conforme pasan los años, pudiendo esta patología repercutir tanto en lo personal como en el ámbito social causándole limitaciones a las madres. Por otro lado tenemos a la cesárea el cual es un procedimiento obstétrico muy común en nuestro medio, aproximadamente tiene una tasa del 40% en el H.R.D.T, y en ocasiones esta es indispensable para salvaguardar la vida tanto de la madre como de su hijo y en otras es de uso electivo, estando esta última en aumento.

El presente trabajo busca ver la influencia de la cesárea en el desarrollo de la depresión postparto, pero no para evitar la cesárea sino que a raíz de esta, tener un enfoque multidisciplinario con los especialistas pertinentes, como medida de prevención primaria y secundaria, evitando así todas sus repercusiones graves.

De igual manera el resultado de esta investigación será un aporte valioso para todo aquel personal de salud que tenga relación con el desarrollo materno y del niño con el fin de establecer medidas preventivas y terapéuticas necesarias de forma oportuna.

### **Enunciado de la pregunta de investigación:**

¿Es la cesárea un factor de riesgo de depresión post parto en pacientes atendidas en el hospital Regional Docente de Trujillo?

### **Hipótesis:**

Ho: La cesárea no es un factor de riesgo de depresión post parto en pacientes atendidas en el hospital Regional Docente de Trujillo

Ha: La cesárea es un factor de riesgo de depresión post parto en pacientes atendidas en el hospital Regional Docente de Trujillo

### **Objetivos:**

#### **Objetivo general:**

Determinar si la cesárea es un factor de riesgo de depresión post parto en pacientes atendidas en el hospital Regional Docente de Trujillo

### **Objetivos específicos:**

- Establecer la frecuencia de cesárea en pacientes con depresión post parto y sin ella.
- Comparar las frecuencias de cesárea entre pacientes con depresión post parto y sin ella.
- Calcular la frecuencia de Parto Vaginal en pacientes con depresión post parto.

## **II.- MATERIAL Y MÉTODOS**

### **2.1.- Poblaciones:**

#### **2.1.1.- Población diana o universo**

EL presente estudio tendrá como población diana al total de puérperas atendidas en el Departamento de Ginecología y Obstetricia del Hospital Regional Docente de Trujillo durante el periodo periodo Abril – Julio del 2018

#### **2.1.2.- Población de estudio**

Estuvo constituido por las puérperas que cumplieron con los criterios de selección

### **2.2.- Criterios de Selección:**

#### **Criterios de Inclusión:**

##### **Casos**

- \* Puérpera con Diagnóstico de Depresión Postparto Mediante Escala de Edimburgo
- \* Puérpera cuyo neonato estuvo vivo y gozó de buena salud hasta su último control puerperal.
- \* Puérpera que brinde la información necesaria para poder identificar las variables de interés.

##### **Controles**

- \* Puérpera que no presente Diagnóstico de Depresión Postparto Mediante Escala de Edimburgo
- \* Puérpera cuyo neonato estuvo vivo y gozó de buena salud hasta su último control puerperal.
- \* Puérpera que brinde la información necesaria para poder identificar las variables de interés.

#### **Criterios de Exclusión:**

- Puérpera que se encuentre con tratamiento para la depresión.
- Puérpera que haya sufrido la pérdida de un familiar directo o cercano durante el embarazo y/o puerperio.
- Puérpera sin control prenatal.
- Puérpera con óbito fetal.

## 2.3.- Muestra

### Tipo de muestreo

Fue de tipo aleatorio simple, tanto para los casos como los controles.

### Unidad Muestral:

Las puérperas atendidas en el Departamento de Ginecología y Obstetricia del Hospital Regional Docente de Trujillo durante el periodo Abril – Julio del 2018 y que cumplan con los criterios de selección.

### Unidad de análisis:

Es cada una de las puérperas atendidas en el Departamento de Ginecología y Obstetricia del Hospital Regional Docente de Trujillo durante el periodo Abril – Julio del 2018 y que cumplan con los criterios de selección.

### Tamaño Muestral:

La muestra fue determinada empleando la siguiente fórmula para obtener el número de casos y controles:

$$n = \frac{\left(Z_{\frac{\alpha}{2}} + Z_{\beta}\right)^2 * P * (1 - P)(r + 1)}{d^2 r}$$

$$P = \frac{p_2 + r p_1}{1 + r}$$

Donde:

$Z_{\alpha/2} = 1.96$ , coeficiente de confiabilidad para  $\alpha = 0.05$

$Z_{\beta} = 0.84$ , coeficiente de confiabilidad para  $\beta = 0.20$

$P_1 = 0.32$ , Proporción de casos expuestos al factor de riesgo; proporción de puérperas con Depresión Postparto con antecedente de cesárea. <sup>36</sup>

$P_2 = 0.05$ , Proporción de controles expuestos al factor de riesgo; proporción de puérperas con Depresión Postparto sin antecedente de cesárea. <sup>36</sup>

$d = 0.27$ , Diferencia entre proporciones poblaciones.

$r = 2$

### REEMPLAZANDO:

$P = 0.23$

$n = 29$

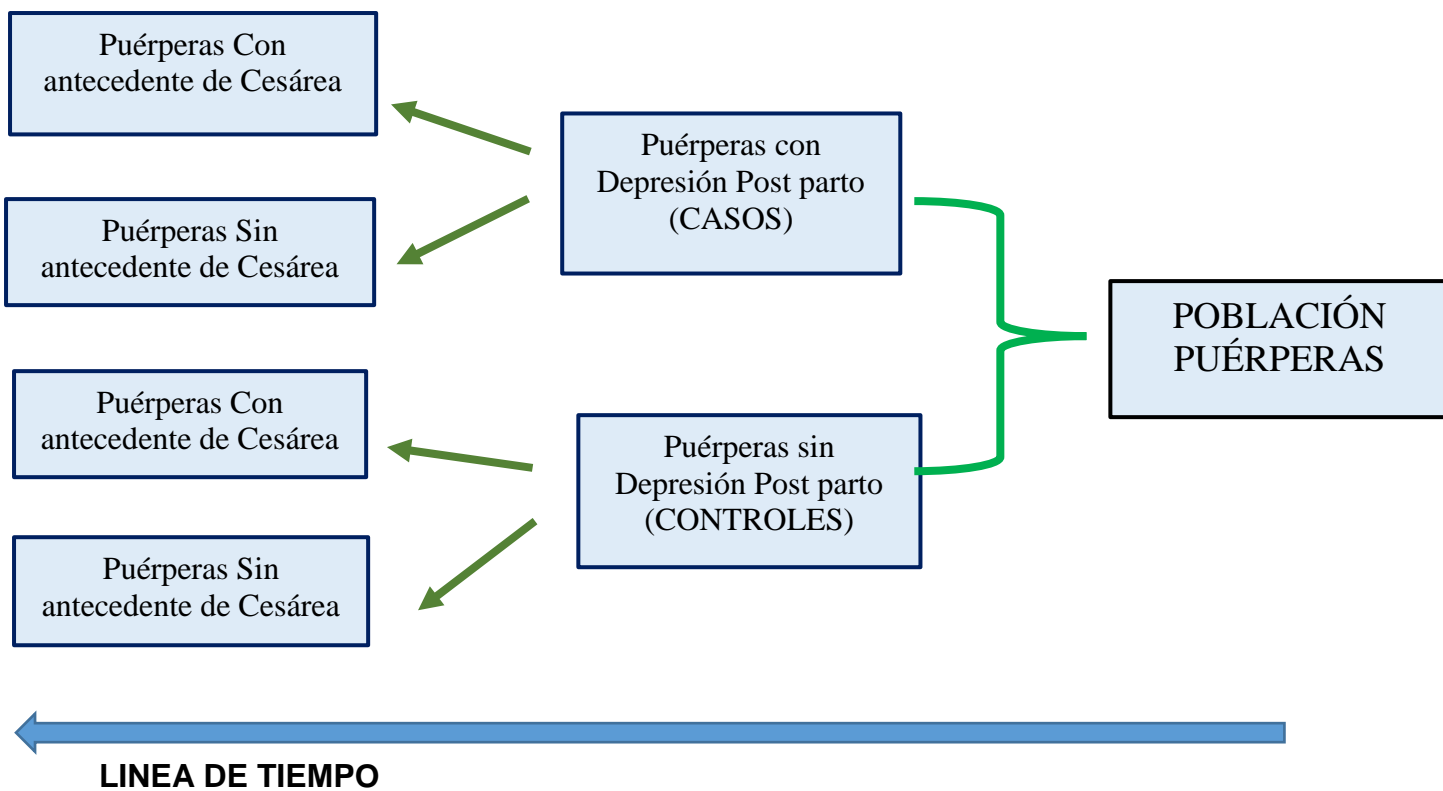


**CASOS** (Puérperas con Depresión Postparto) = 29

**CONTROLES** (Puérperas Sin Depresión Postparto) = 58

### DISEÑO DEL ESTUDIO

Se realizará un estudio de tipo Retrospectivo, observacional, analítico, de Casos y Controles.



## Definición operacional de variables

	Variable	Tipo	Escala	Dimensión	Indicador
Independiente	Cesárea	Cualitativa	Nominal	- Cesárea Electiva - Cesárea de Emergencia	(E – U)
Dependiente	Depresión post parto	Cualitativa	Nominal	Escala de Edimburgo - Ausencia - Sospecha	(<10 pts) (>=10 pts)

Intervinientes	Estado Civil	Cualitativa	Nominal	- Soltera - Conviviente - Casada - Viuda	((S-CO-CA-V)
	Edad	Cualitativa	Nominal	Adolescente Adulta joven Gestante añosa	< 20 años 20 – 35 años > 35 años

### Definiciones operacionales

**Depresión postparto**.- un episodio depresivo mayor, que ocurre dentro del primer año seguido al parto, que se mide con la Escala Edimburgo, donde se aplica a mujeres embarazadas o que ya han tenido a su bebé hace poco, sobre cómo se ha sentido en los últimos 7 días. Teniendo en cuenta que la puntuación mayor a 10, será considerada como una sospecha de depresión posparto. en puérperas entrevistadas en el Hospital Regional Docente de Trujillo durante el periodo Abril – Julio del 2018.

**Cesárea**.- Tipo de parto abdominal el cual puede ser de manera electiva o de emergencia en las puérperas atendidas en el Hospital Regional Docente de Trujillo en el año 2018.

### Procedimiento de Obtención de datos

- 1.- Se solicitará la autorización de la Facultad de Medicina de la Universidad Privada Antenor Orrego para ejecutar el proyecto, así como también al director del Hospital Regional Docente de Trujillo para poder aplicar la encuesta.
- 2.- Se solicitará autorización para tener acceso al área de control puerperal en el servicio de Ginecología y Obstetricia, con el fin de solicitarles la información requerida a través de la aplicación de instrumentos.
- 3.- Posteriormente se solicitará a las puérperas previamente consentimiento informado de participación de estudio y el cuestionario será contestado en forma auto administrada y en un ambiente aislado para evitar el sesgo en las respuestas entregadas por interferencia de terceros o del personal adscrito al estudio
- 4.- Una vez identificadas las puérperas que ingresaron al estudio, los datos relevantes para el estudio se colocarán en una hoja de recolección de datos previamente diseñada para tal fin
- 5.- Se recogerá la información de todas las hojas de recolección de datos con la finalidad de elaborar la base de datos respectiva para proceder a realizar el análisis respectivo.

### **2.7.- Técnicas e Instrumentos de Recolección de Datos**

Para la recolección de datos se aplicó el cuestionario de Edimburgo el cual consta de 10 preguntas y se le pedirá que responda con la mejor opción de como se ha sentido en los últimos 7 días (en caso de analfabetismo se le explicara cada ítem). Así mismo se aplicó una encuesta en la cual la primera parte constó de 3 ítem de respuesta abierta: Nombres y Apellidos, Edad y Estado Civil; la segunda y tercera parte constó de 2 ítem de respuesta cerrada: Parto por Cesárea y si presento pérdida de un familiar durante el embarazo.

### **2.8.- Procesamiento y análisis estadístico**

El procesamiento de la información fue automático y se utilizó una computadora con Windows 10 y el Paquete estadístico SPSS 25. Los datos obtenidos desde las hojas de recolección de datos se analizaron en base a estadística descriptiva y analítica.

#### **Estadística descriptiva**

Se tomó en cuenta las frecuencias absolutas y relativas (porcentajes), para la presentación final de los resultados se elaboraron tablas de contingencia y diagramas de barras.

#### **Estadística inferencial**

Se aplicará el test de Chi cuadrado para establecer la relación entre las variables cualitativas. Asimismo, la asociación será considerada significativa si la posibilidad de equivocarse es menor al 5% ( $p < 0.05$ ).

#### **Estadígrafos propios del estudio**

Dado que el estudio corresponde a un diseño de casos y controles, se obtendrá el OR para la correspondiente condición en cuanto a su asociación con la cesárea. Se calculará el intervalo de confianza al 95% del estadígrafo correspondiente.

	<b>Casos</b>	<b>Controles</b>	<b>Total</b>
<b>Expuestos</b>	A	B	m1
<b>No expuestos</b>	C	D	m0
<b>Total</b>	n1	n0	N

$$OR = a \times d / c \times b$$

**Odds ratio >1:** Factores de riesgo

**Odds ratio = 1:** No hay asociación entre la presencia del factor y el evento.

**Odds ratio < 1:** Factores protectores

### **Consideraciones éticas**

El estudio contará con la autorización del comité de Investigación y Ética del Hospital Regional Docente de Trujillo y de la Universidad Privada Antenor Orrego. Por ser un estudio de casos y controles; se tomará en cuenta la declaración de Helsinki II, que tiene como principio básico que la investigación que involucre seres humanos debe ser conducida sólo por personas científicamente calificadas y bajo la supervisión de un médico, teniendo en cuenta la publicación, el médico está obligado a preservar su veracidad, manteniendo en todo momento en el anonimato de las pacientes investigadas.

38

También se tuvo en cuenta la Ley General de Salud Ley N° 26842, Art. 15: Toda persona, usuaria de los servicios de salud, tiene derecho: a) Al respeto de su personalidad, dignidad e intimidad; b) A exigir la reserva de la información relacionada con el acto médico y su historia clínica, con las excepciones que la ley establece; Art. 25: Toda información relativa al acto médico que se realiza, tiene carácter reservado. <sup>39</sup>

En nuestro caso debido a la naturaleza del presente estudio no se pondrá en peligro la integridad física de las pacientes, ni tampoco su salud mental <sup>40</sup>

### III. RESULTADOS

TABLA N°1

Cesárea como factor de riesgo para Depresión Post parto en pacientes atendidas en el Hospital Regional Docente de Trujillo

Tipo de parto	Depresión post parto			
	Si		No	
	Frecuencia	%	Frecuencia	%
Cesárea	23	79%	32	55%
Vaginal	6	21%	26	45%
Total	29	100%	58	100%

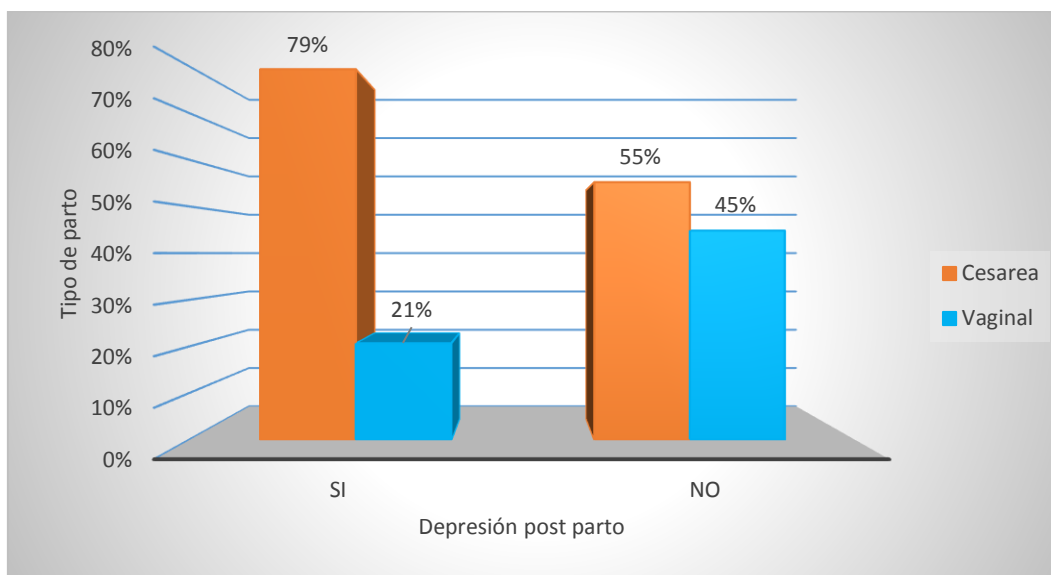
\* Chi cuadrado(p): 4,844(0,027)

\* Odds ratio: 3,115

\* Intervalo de confianza al 95%: (1,104 - 8,784)

Interpretación OR: “la razón entre pacientes cesareadas versus no cesareadas es 3,115 veces mayor en pacientes con depresión post parto en comparación a pacientes sin depresión post parto. Esta asociación es estadísticamente significativa”, según el intervalo de confianza del 95% de OR por tener límite inferior y superior mayor que 1; y el valor-p < 0,05.

GRÁFICO N° 01: Tipo de parto según depresión post parto en pacientes atendidas en el Hospital Regional Docente de Trujillo



Fuente: Datos procedentes de la Tabla N° 01

“La frecuencia de cesárea en el grupo con depresión postparto fue de 79% mientras que en el grupo sin Depresión postparto fue de 55%”

TABLA N° 02: Covariables según depresión post parto en pacientes atendidas en el Hospital Regional Docente de Trujillo

Covariables	Depresión post parto				
	Si		No		
	Frecuencia	%	Frecuencia	%	
Estado civil	Casado	9	31%	15	26%
	Conviviente	18	62%	39	67%
	Soltero	2	7%	4	7%
Edad	Adolescente	8	28%	10	17%
	Adulta joven	14	48%	42	73%
	Gestante añosa	7	24%	6	10%
Total	29	100%	58	100%	

Fuente: Datos procesados en el Paquete Estadístico IBM SPSS Statistics 25

La frecuencia de convivientes en pacientes con depresión postparto es de 62%, asimismo la frecuencia de Adulta joven es de 48% en pacientes con depresión postparto.

TABLA N°3:

**Análisis multivariado de las variables asociadas a Depresión postparto**

Variables	B	Wald	Valor p	ORa	IC 95%	
					LI	LS
<b>Cesárea</b>	1,98	3.10	0.027	3.11	1,04	8,78
<b>Estado Civil</b>	2,40	4,28	0,039	10,96	0,83	6,12
<b>Edad</b>	2,46	3,14	0,077	11,69	0,77	7,79

#### IV. DISCUSIÓN

El periodo posparto representa una etapa de gran vulnerabilidad y de alto riesgo para desórdenes emocionales y afectivos, uno de ellos es la depresión posparto. La depresión postparto es una condición estrictamente definida en la nomenclatura psiquiátrica como un episodio depresivo mayor que comienza dentro de las primeras 4 semanas después del parto. Sin embargo, debido a que muchas mujeres pueden experimentar síntomas después de este período, la definición se extiende incluyendo todo el primer año de postparto.<sup>4.5</sup> Asimismo, la depresión posparto no tiene una causa específica, sino una serie de factores de riesgo para su aparición, como factores obstétricos, psicológicos y sociales, los cuales se verán a continuación y serán contrastados con otros estudios. Siendo el factor obstétrico el menos relacionado, en vista de ello la presente investigación busco demostrar que la Cesárea es factor de riesgo para la depresión post parto en puérperas del Hospital Regional Docente de Trujillo.



En relación a la prevalencia de Depresión posparto Paima R et al <sup>7</sup> en un estudio realizado en Perú en el año 2012, evaluaron a una muestra de 216 paciente púerperas la prevalencia de depresión posparto fue del 39%, asimismo Paiz et al <sup>36</sup>, en Guatemala en el mismo año de una muestra de 400 pacientes entre las edades de 15 a 40 años ingresadas en el servicio de maternidad para control del puerperio, 144 pacientes dieron positivo para el Test Edimburgo observándose un 60% de frecuencia, lo cual demuestra que la Depresión posparto ha ido aumentando en prevalencia como se identifica en la presente investigación alcanzando una frecuencia de 33.3%.

Cabe mencionar las tendencias descritas por Atencia S, et al en Perú en el 2015 quienes llevaron a cabo un estudio con el objetivo de determinar los factores de riesgo para la depresión posparto en las madres adolescentes por medio de un estudio observacional, analítico de casos y controles, donde la muestra estuvo conformada por 180 madres adolescentes, en dos grupos: 90 pacientes que tuvieron depresión posparto (casos) y 90 pacientes sin depresión posparto (control); encontrando que en el grupo con depresión posparto, el 27.8% de las pacientes tuvo su parto actual por cesárea, comparado con el 11.1% del grupo sin depresión posparto, siendo esta diferencia porcentual estadísticamente significativa ( $p < 0.005$ ), por lo que la cesárea es un factor de riesgo para depresión posparto en madres adolescentes ( $OR = 3.08 (1.38 - 6.87)$ ). <sup>36</sup> También se encontró significancia estadística en el estudio realizado por Malik FR, et al en Pakistán también en el año 2015, en un estudio del mismo tipo al anterior mencionado, con una población de 100 mujeres atendidas en dichos nosocomios, en las mujeres que se sometieron a cesárea ( $n = 50$ ), 29 (58%) tuvieron enfermedad depresiva mientras que en el grupo de mujeres que dieron

a luz por vía vaginal normal ( $n = 50$ ), 12 (24%) tuvieron depresión (Valor  $p < 0,001$ ).

Dichos hallazgos apoyan lo establecido en este estudio en la Tabla N° 1 precisamos el grado de asociación que implica condición de Cesárea como riesgo de desarrollar depresión postparto; el cual se expresa como un odds ratio de 3.115; que al ser expuesto al análisis estadístico con la prueba chi cuadrado verifica su presencia en toda la población al tener significancia estadística ( $p < 0.05$ ); lo cual nos permite concluir que la asociación de riesgo entre las variables estudiadas, se manifiesta en la muestra y en toda la población.

En la Tabla N° 2 se compara como variables intervinientes para la asociación que se pretende verificar, algunas características sociodemográficas; en tal sentido se observan los promedios de edad materna entre ambos grupos de estudio y su distribución también en función de la edad gestacional y del grado de control prenatal; sin verificar diferencias significativas respecto a estas características entre las puérperas con o sin depresión puerperal; esta tendencia denota uniformidad en la muestra, lo que representa un contexto apropiado para efectuar comparaciones y minimizar la posibilidad de sesgos. Estos hallazgos son coincidentes con los descritos por Molero K, et al <sup>37</sup> en Chile en el 2014; Piera A, et al<sup>39</sup> en Perú en el 2015; quienes tampoco registran diferencia respecto a edad y sexo entre los pacientes con o sin depresión postparto.

Estos hallazgos muestran que la cesárea es un factor de riesgo para depresión postparto, coincidente con los diferentes autores, a pesar que su etiopatogenia no está del todo clara, por otro lado, siendo los factores obstétricos los menos estudiados a esta patología, por lo cual existe limitada información al respecto, este estudio busca llenar este vacío.

## **V. CONCLUSIONES**

- La cesárea es factor de riesgo para depresión postparto puérperas del Hospital Regional Docente de Trujillo, el cual es 3,115 veces mayor en comparación a pacientes sin antecedente de cesárea.
- Es la población adulta joven más propensa a desarrollar depresión postparto.
- Es la población conviviente más propensa a desarrollar depresión postparto.
- No se encontró relación estadísticamente significativa de: Edad y estado civil.

## **VI. RECOMENDACIONES**

- 1.** Es conveniente la realización de nuevas investigaciones multicéntricas, con mayor muestra poblacional y prospectivas, para documentar de manera mas significativa la interaccion ente las variables de interes, tomando en cuenta nuevas variables intervinientes.
- 2.** Nuevos estudios dirigidos a reconocer nuevas comorbilidades o factores de riesgo modificables asociadas a la presencia de depresión puerperal deberían llevarse a cabo; a fin de caracterizar de manera minuciosa el riesgo de aparición de este trastorno del estado de ánimo en las gestantes en general.
- 3.** Es conveniente ser enfático en la recomendación del despistaje y detección precoz de depresión durante la gestación y durante el puerperio para minimizar el impacto adverso de este trastorno.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Día de la Depresión. Organización Mundial de la Salud [Internet]. [Acceso el 31 de marzo de 2017].
2. Peña D, Calvo J. Aspectos Clínicos de la Depresión Posparto. *Obstetricia integral Siglo XXI*. Vol 1. P. 420-429
3. Nam J, Choi Y, Kim J, Cho K, Park E. The synergistic effect of breastfeeding discontinuation and cesarean section delivery on postpartum depression: A nationwide population-based cohort study in Korea. *Journal of Affective Disorders* 218 (2017) 53–58
4. American Psychiatric Association. *Diagnostic and statistical manual of mental disorders*. 5ta edición. Arlington. American Psychiatric Press; 2013.
5. Personality and the HPA-axis in Association with Postpartum Depression. *Acta Universitatis Upsaliensis Uppsala*. 2016
6. Laviña A. Relación Depresión posparto y Prácticas del parto recomendadas en la Estrategia de atención al parto normal. *Nure Inv* [Internet]. 2013 mar-abr; 10(63): [aprox. 13 p.].
7. Molero K, Urdaneta J, Sanabria C, Zambrano N, Benítez A, Quiroz E, Romero N. Prevalencia de depresión posparto en puérperas adolescentes y adultas. *Rev Chil Obstet Ginecol* 2014; 79(4): 294 – 304
8. Mendoza C, Saldivia S. Actualización en depresión posparto: el desafío permanente de optimizar su detección y abordaje. *Rev Med Chile* 2015; 143: 887-894
9. Vásquez G. Disfuncionalidad y violencia familiar como factores de riesgo de depresión puerperal, Hospital Regional de Cajamarca- Perú 2014. *Cientifi-k* 3(1), 2015.
10. Bermudez E. Depresión Posparto: Factores de riesgo y métodos de detección. Universidad del País Vasco. 2016.
11. González R, García L. Depresión posparto y factores asociados en población derechohabiente del ISSSTE en Yucatán. *Rev Univ Yucatán* 2013; 262: 33-45
12. Polachek I, Harari L, Baum M, Strous R. Postpartum Anxiety in a Cohort of Women from the General Population: Risk Factors and Association with Depression during Last Week of Pregnancy, Postpartum Depression and Postpartum PTSD. *Isr J Psychiatry Relat* 2014; Sci - Vol. 51 - No 2: 128-134.
13. Saguna A, Naveen R, Surekha A. Postnatal Depression Among Women Attending a Rural Maternity Hospital in South India. *National Journal of Community Medicine* 2015; Vol 6: 297-301.
14. Medina E. Diferencias entre la depresión posparto, la psicosis posparto y la tristeza posparto. *Perinatol Reprod Hum* 2013; 27 (3): 185-193.

15. Molero K, Urdaneta J, Sanabria C, Baabel N, Contreras A, Prevalencia de depresión posparto en puérperas adolescentes y adultas. *Rev Chile Obst-Gineco* 2014; 79(4): 294-304
16. Siv Elin M, Kari Glavin. Prevalence and risk factors for postpartum depressive symptoms in Argentina: a cross-sectional study. *International Journal of Women's Health* 2013;5 787–793
17. Schnapp C, Sepúlveda E, Robert JA. Operación Cesárea. Unidad de Medicina Materno Fetal. Departamento de Ginecología y Obstetricia. *Rev Med Clin. Condes.* 2014; 25(6): 987-992.
18. Gonzales Hernández I. La Cesárea. Universidad Complutense de Madrid. *Revista Digital de Iconografía Medieval.* 2013; 5(10): 1-15.
19. Ministerio de Salud. Guía Técnica para la psicoprofilaxis obstétrica y estimulación prenatal. [Online]; 2011 [cited 2017 Abril 08. Available from: <ftp://ftp2.minsa.gob.pe/normaslegales/2011/RM361-2011-MINSA.pdf>.
20. Nápoles Méndez D, Piloto Padrón M. Consideraciones actuales sobre la operación cesárea. *MEDISAN.* 2012 Oct; 16(10):1579–95.
21. Organización Mundial de la Salud. Declaración de la OMS sobre tasas de cesárea. *Human Reproduction Programme.* 2015.
22. Gosset M, Ilenko A, Bouyou J, Renevier B. Emergency cesarean section. *Journal of Visceral Surgery.* 2017 Feb; 154(1): 47-50
23. Martínez Salazar GG. Criterios para el manejo de cesárea de urgencia. *Revista Mexicana de Anestesiología.* 2013 Abril-Junio; 36: p. S159-S162.
24. Organización Panamericana de Salud. La cesárea debería realizarse cuando es médicamente necesaria. Centro Latinoamericano de Perinatología. 2015
25. Instituto Nacional de Estadística e Informática. Encuesta demográfica y de salud familiar-ENDES. Perú. 2014.
26. Galvez Liñan EM. Tasa de incidencia de cesárea en el hospital "San José" del Callao, período enero-diciembre 2013. Tesis. Lima: Universidad Nacional Mayor de San Marcos; 2014.
27. Ghahiri A, Khosravi M. Maternal and neonatal morbidity and mortality rate in caesarean section and vaginal delivery. *Adv Biomed Res.* 2015; 4:193.
28. Jain R, Sharma R. A comparative study of effects of glycopyrrolate and ondansetron on nausea and vomiting in cesarean section under spinal anesthesia. *Anesth Essays Res.* Diciembre de 2015; 9(3):348-52.
29. Frias Chang N, Begué Dalmau N. Infección del sitio quirúrgico postcesárea. *MEDISAN* 2016; 20(5):596-603.
30. Al Rowaily MA, Alsalem FA, Abolfotouh MA. Cesarean section in a high-parity community in Saudi Arabia: clinical indications and obstetric outcomes. *BMC Pregnancy Childbirth.* 28 de febrero de 2014; 14:92.
31. Smaill F, Grivell R. Antibiotic prophylaxis versus no prophylaxis for preventing infection after cesarean section. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2014, Issue 10.
32. Paima R, Vásquez R. Prevalencia y asociación entre la cesárea no programada y la depresión posparto en postcesareadas adolescentes en el Instituto Nacional Materno Perinatal. Tesis. Lima: Universidad Nacional Mayor de San Marcos., 2012.

33. Tessier E, Camaño I, García A, Hernández J, Vellido R, Hera C, Oliver M. Cesárea humanizada. Prog Obstet Ginecol. 2013;56(2):73-78.
34. Hui Xu, Yu Ding, Yue Ma, Xueling Xin, Dongfeng Zhang , Cesarean section and risk of postpartum depression: A meta-analysis. Journal of Psychosomatic Research. Psr(2017), doi: 10.1016/j.jpsychores.2017.04.016
35. Malik F, Malik B, Irfan M. Comparison of postnatal depression in women following normal vaginal delivery and caesarean section: A pilot study. J Postgrad Med Inst 2015; 29(1): 34-37
36. Atencia Oliva S, Factores de riesgo para la depresión posparto en madres adolescentes atendidas en el hospital nacional Daniel Alcides Carrión durante Abril – Junio, 2015. Tesis Universidad Nacional Mayor de San Marcos., 2015. Perú
37. Paiz Villela D, Depresión en el Post parto. Trabajo de Graduación. Guatemala: Universidad de San Carlos de Guatemala Centro Universitario de Oriente. 2012.
38. Asociación Médica Mundial (AMM), Declaración de Helsinki de La Asociación Médica Mundial. Principios éticos para las investigaciones médicas en seres humanos. 2008 (Consultado 24 de junio del 2017). Disponible en: [http://www.wma.net/es/30publications/10policies/b3/17c\\_es.pdf](http://www.wma.net/es/30publications/10policies/b3/17c_es.pdf)
39. Colegio Médico del Perú. Código de ética y deontología. Lima, 2007.
40. Bao-Alonso M, Vega-Deinstmaier J, Saona Ugarte P. Prevalencia de depresión durante la gestación. Rev Neuropsiquiatria 2013;73 (3): 93-9



## **ANEXOS**

### **ANEXO N° 1**

#### **SOLICITO: PERMISO PARA SOLICITAR HISTORIAS CLINICAS DEL SERVICIO DE PEDIATRIA DEL HOSPITAL REGIONAL DOCENTE DE TRUJILLO**

DIRECTOR DEL HOSPITAL REGIONAL DOCENTE DE TRUJILLO

DR. VALLADOLID:

Yo, Sánchez Julca, Renato estudiante de Medicina Humana de la Facultad de Medicina de la UPAO, identificado con el ID: 000114010 respectivamente, me presento respetuosamente ante Ud. y expongo:

Que por motivo de encontrarme en el VI año de la carrera y siendo necesario para nuestra formación académica durante nuestra etapa clínica, solicito a Ud. me brinde la autorización para revisar la historia clínica de los pacientes del Servicio de Ginecología- Obstetricia del Hospital que usted dirige con el fin de obtener algunos datos necesarios para nuestro proyecto de investigación.

Por lo expuesto, espero contar con su apoyo y permiso

Trujillo 2019

---

Sánchez Julca Renato

**ID** 000114010

**DNI:** 72620000

**ANEXO N° 02**

**CESÁREA COMO FACTOR DE RIESGO DE DEPRESIÓN POST PARTO**

**PROTOCOLO DE RECOLECCION DE DATOS**

Fecha..... N°.....

**I. DATOS GENERALES:**

1.1. Número de historia clínica: \_\_\_\_\_

1.2. Nombres y apellidos (Iniciales):

\_\_\_\_\_

1.3. Edad Actual: \_\_\_\_\_ años

1.4 Sexo: \_\_\_\_\_

**II: VARIABLE DEPENDIENTE:**

DEPRESIÓN POSPARTO:

( ) SI ( ) NO

**III.-VARIABLE INDEPENDIENTE:**

CESÁREA: SI ( )  
NO ( )

**III.- VARIABLES INTERVINIENTES**

ESTADO CIVIL:

EDAD DE GESTACIÓN:

COMPLICACIONES DURANTE LA GESTACIÓN: SI ( )

NO ( )

ESPECIFICAR:

## ANEXO N°3

### ESCALA EDINBURGO PARA LA DEPRESIÓN POSTNATAL (EPDS)

Fecha: \_\_\_\_\_ Nombre de la Clínica/Número: \_\_\_\_\_

Su Edad: \_\_\_\_\_ Semanas de Embarazo/Edad del Bebé: \_\_\_\_\_

Como usted está embarazada o hace poco que tuvo un bebé, nos gustaría saber cómo se siente actualmente. Por favor MARQUE (✓) la respuesta que más se acerca a cómo se ha sentido durante LOS ÚLTIMOS 7 DÍAS y no sólo cómo se ha sentido hoy.

A continuación se muestra un ejemplo completado:

Me he sentido feliz:	
Sí, todo el tiempo	___ 0
Sí, la mayor parte del tiempo	✓ ___ 1
No, no muy a menudo	___ 2
No, en absoluto	___ 3

*Esto significa: "Me he sentido feliz la mayor parte del tiempo" durante la última semana. Por favor complete las otras preguntas de la misma manera.*

- |  |       |   |       |
|--|-------|---|-------|
| 1. He podido reír y ver el lado bueno de las cosas:            |       | 6. Las cosas me oprimen o agobian:                                  |       |
| Tanto como siempre he podido hacerlo                           | ___ 0 | Sí, la mayor parte del tiempo no he podido sobrellevarlas           | ___ 3 |
| No tanto ahora   | ___ 1 | Sí, a veces no he podido sobrellevarlas de la manera                | ___ 2 |
| Sin duda, mucho menos ahora                                    | ___ 2 | No, la mayoría de las veces he podido sobrellevarlas bastante bien  | ___ 1 |
| No, en absoluto  | ___ 3 | No, he podido sobrellevarlas tan bien como lo hecho siempre         | ___ 0 |
| 2. He mirado al futuro con placer para hacer cosas:            |       | 7. Me he sentido tan infeliz, que he tenido dificultad para dormir: |       |
| Tanto como siempre   | ___ 0 | Sí, casi siempre  | ___ 3 |
| Algo menos de lo que solía hacerlo                             | ___ 1 | Sí, a veces   | ___ 2 |
| Definitivamente menos de lo que solía hacerlo                  | ___ 2 | No muy a menudo   | ___ 1 |
| Prácticamente nunca  | ___ 3 | No, en absoluto   | ___ 0 |
| 3. Me he culpado sin necesidad cuando las cosas marchaban mal: |       | 8. Me he sentido triste y desgraciada:                              |       |
| Sí, casi siempre   | ___ 3 | Sí, casi siempre  | ___ 3 |
| Sí, algunas veces  | ___ 2 | Sí, bastante a menudo   | ___ 2 |
| No muy a menudo  | ___ 1 | No muy a menudo   | ___ 1 |
| No, nunca  | ___ 0 | No, en absoluto   | ___ 0 |
| 4. He estado ansiosa y preocupada sin motivo alguno:           |       | 9. Me he sentido tan infeliz que he estado llorando:                |       |
| No, en absoluto  | ___ 0 | Sí, casi siempre  | ___ 3 |
| Casi nada  | ___ 1 | Sí, bastante a menudo   | ___ 2 |
| Sí, a veces  | ___ 2 | Ocasionalmente  | ___ 1 |
| Sí, muy a menudo   | ___ 3 | No, nunca   | ___ 0 |
| 5. He sentido miedo o pánico sin motivo alguno:                |       | 10. He pensado en hacerme daño:                                     |       |
| Sí, bastante   | ___ 3 | Sí, bastante a menudo   | ___ 3 |
| Sí, a veces  | ___ 2 | A veces   | ___ 2 |
| No, no mucho   | ___ 1 | Casi nunca  | ___ 1 |
| No, en absoluto  | ___ 0 | No, nunca   | ___ 0 |