

UNIVERSIDAD PRIVADA ANTENOR ORREGO

**FACULTAD DE MEDICINA HUMANA
ESCUELA PROFESIONAL DE
MEDICINA**



**TÍTULO:
ESTADO CIVIL COMO FACTOR DE RIESGO DE DEPRESION
POSTPARTO EN PUERPERAS DEL HOSPITAL BELÉN DE
TRUJILLO.**

TESIS PARA OPTAR EL TÍTULO DE MÉDICO CIRUJANO

AUTOR:

KYARA DE LOS MILAGROS, OLÓRTEGUI RISCO

ASESOR:

DRA. PAOLA RODRIGUEZ GARCÍA.

TRUJILLO – PERÚ

2017

DEDICATORIA Y AGRADECIMIENTOS:

A Dios.

*Por haberme permitido llegar hasta el inicio de tan hermosa carrera,
por haberme dado salud para lograr mis objetivos, además de su infinita
bondad y amor.*

A mi Mamá Flor.

*Por haberme apoyado en todo momento, por sus consejos, sus valores,
por la motivación constante que me ha permitido ser una persona de
bien, pero más que nada, por su amor.*

A mi Papá Walter.

*Por los ejemplos de perseverancia y constancia que lo caracterizan, por
su inmenso amor cálido, pero sobre todo por ser mi mejor amigo y mi
MAESTRO, que me ha motivado siempre para seguir adelante.*

A mi Asesora.

Dra. Paola Rodríguez García; por su gran apoyo y motivación para la elaboración y culminación de esta tesis, sobre todo por su tiempo compartido y por impulsar el desarrollo de mi formación profesional.

A mis hermanos.

Cathy, Juan Luis, Marycarmen, por apoyarme y estar siempre conmigo.

A mis sobrinos.

Allison, Camila, Mariajosé, Catalina, Joan; cada cosa que uno desee, se realiza con dedicación, perseverancia y esfuerzo.

A mis amigos.

Porque cuando estaba a punto de rendirme me apoyaron emocionalmente, impulsándome a concluir esta tesis.

ÍNDICE:

PAGINAS PRELIMINARES

PORTADA	1
ÍNDICE.....	2
PAGINA DE DEDICATORIA Y AGRADECIMIENTOS.....	3,4
RESUMEN	5
ABSTRACT.....	6
INTRODUCCION.....	7
MATERIAL Y METODOS.....	15-22
RESULTADOS.....	23-27
DISCUSION.....	28-30
CONCLUSIONES.....	31
RECOMENDACIONES.....	32
REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS.....	33-37
Anexos:.....	38-44

RESUMEN

Objetivo: Determinar si el estado civil es factor de riesgo para depresión postparto en el Hospital Belén de Trujillo.

Material y Métodos: Se llevó a cabo un estudio de tipo analítico, observacional, prospectivo, de casos y controles. La población de estudio estuvo constituida por 90 puérperas; los cuales fueron divididas en 2 grupos: con depresión postparto o sin ella.

Resultados: No se apreciaron diferencias significativas en relación a las variables edad materna, edad gestacional y controles prenatales entre las gestantes con depresión postparto o sin ella. Las categorías de estado civil de las pacientes con depresión postparto fue la siguiente: soltera (42%); conviviente (35%) y casada (23%). Las categorías de estado civil de las pacientes sin depresión postparto fue la siguiente: soltera (20%); conviviente (55%) y casada (25%). El estado civil soltera es factor de riesgo para depresión postparto con un odds ratio de 2.93, el cual fue significativo ($p < 0.05$).

Conclusiones: El estado civil es factor de riesgo para depresión postparto en el Hospital Belén de Trujillo.

Palabras Clave: *Estado civil, factor de riesgo, depresión postparto.*

ABSTRACT

Objective: To determine whether marital status is a risk factor for postpartum depression at the Hospital Belén de Trujillo.

Material and Methods: An analytical, observational, prospective, case-control study was conducted. The study population consisted of 90 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, gestational age and prenatal controls among pregnant women with or without postpartum depression. The civil status categories of patients with postpartum depression were as follows: single (42%); Cohabiting (35%) and married (23%). The civil status categories of patients without postpartum depression were as follows: single (20%); Cohabiting (55%) and married (25%). Single marital status is a risk factor for postpartum depression with an odds ratio of 2.93, which was significant ($p < 0.05$).

Conclusions: Marital status is a risk factor for postpartum depression at Hospital Belén de Trujillo.

Keywords: *Marital status, risk factor, postpartum depression.*

I. INTRODUCCION

1.1 Marco teórico:

La depresión es un trastorno del humor que compromete todos sentidos del organismo, afecta a todas las edades, razas, géneros y momentos de la persona. Esta diferencia se observa fundamentalmente en la etapa reproductiva de la mujer y se asocia con el síndrome premenstrual, embarazo, puerperio y menopausia. En el periodo puerperal, definido de acuerdo a su duración como inmediato (periodo comprendido entre el parto y las 24 horas del postparto), mediato (comprendido entre el parto y los 42 primeros días) y tardío (entre el parto y el año postparto); se observan importantes variaciones fisiológicas, debido al declive posparto de las hormonas reproductivas, lo cual podría condicionar a la mujer a sufrir depresión, tal cual es definida según el Manual Estadístico de Enfermedades mentales versión IV (DSM-IV) como la presentación de depresión partir de las 4 semanas posteriores al parto. ^{1,2}

La depresión postparto (DP) es una condición estrictamente definida en la nomenclatura psiquiátrica como un episodio depresivo mayor que comienza dentro de los 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. ^{3,4}

En EEUU, se reporta Depresión Postparto inmediato entre un 20 y 57%, y ocurre 4-6 semanas post parto, en 37%. En Portugal, es 9.3% y 25.9% para adultas y adolescentes respectivamente; en Tailandia, es 23% y 12,9%. En Brasil, Chile, y Venezuela oscila entre 10 a 15%; en Latinoamérica es 3 a 20 casos/100nacidos. Depresión Postparto suele ocurrir, luego de su regreso al hogar, y persistir hasta un año, en 4%. La disfunción familiar equivale un papel importante, sobre todo en gestantes adolescentes en España, que equivale a un 24%; en Perú, la depresión postparto también son de etiología de

disfunción familiar, por lo que lo dividen en categorías de funcionamiento familia: 8%, grave, 16.4% moderada; 42.9% leve y 32.5% en función familiar buena. ^{5,6}

Pérez M, et al (Colombia, 2013); determinaron la prevalencia de factores de riesgo para la depresión en puérperas; a través de un estudio transversal en una muestra de 151 mujeres. Se halló entre los resultados que la depresión post parto fue 19,2%. La edad media fue 24,78 años (\pm 5,35), el 72.6% fueron amas de casa 72,6% y el 88.7% vivían con sus parejas, el 25% de las mujeres con depresión tenían una historia previa de esta condición. Entre los factores de riesgo, se halló que el grado de disfunción familiar se relaciona con la depresión postparto con un OR= 2,78 (IC 95%: 1,08 a 7, 1) ^{5,7}

En el Perú, 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% ^{6,7,8}

El estudio realizado en el Perú por **Aramburú P, et al**, encontraron que la prevalencia de depresión posparto diagnosticada fue de 33%. Además se encontró que el 60.9% presentaron factores estresantes, el 8.4% tenían baja autoestima, **23.8% no percibían apoyo social** y 50% tuvieron disforia posparto ^{9,10,11}

Dentro de la nomenclatura psiquiátrica, la DPP es definida rigurosamente como un trastorno/episodio depresivo de inicio en el postparto. En el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales, la clasificación es la siguiente:

- Trastorno depresivo mayor, episodio único

Mientras que el CIE-10: trastornos mentales y del comportamiento, la categorización aparece como:

- Episodio depresivo leve, moderado, grave sin síntomas psicóticos

- Trastornos mentales y del comportamiento en el puerperio no clasificados en otro lugar como leves (depresión postnatal/postparto) ^{12,13}

A pesar de su frecuencia y relevancia, esta patología ha sido pobremente caracterizada, a la vez que sub diagnosticada, siendo su etiopatogenia aún poco clara, sin embargo entre los factores de riesgo más importantes para Depresión Postparto son: historia de depresión, conflictos maritales, eventos vitales estresantes, **percepción de falta de redes de apoyo durante el embarazo, falta de soporte emocional y económico de la pareja durante el embarazo, madre soltera**, bajo nivel socioeconómico.¹⁴

Una de las **hipótesis** biológicas asociadas al desarrollo de Depresión Postparto, se relaciona con los niveles séricos de triptófano, los que se encuentran más bajos al final del embarazo e inicio del puerperio al compararlos con las mujeres no embarazadas. El triptófano es precursor de serotonina, neurotransmisor involucrado en la etiopatogenia de estos trastornos. Entre el primer y segundo día posparto, en las mujeres se observa elevación del triptófano sérico como mecanismo natural de compensación, lo que no ocurriría en quienes desarrollan un cuadro depresivo puerperal. Además, de observarse en ellas un aumento de la respuesta inflamatoria del organismo, **con elevación significativa de citoquinas pro inflamatorias como IL-1, IL-6 y proteína C-reactiva y disminución de la concentración del factor inhibidor de estas**. Esta elevación provoca en las personas variaciones de patrones habituales de conducta, entre ellos, del sueño, apetito, niveles de energía, actividad sexual y social, todos comportamientos asociados a los cuadros depresivos. ^{14,15}

Su sintomatología no difiere en general de la sintomatología de los episodios afectivos que no cuentan con esta característica de inicio. Sin embargo, puede ser más frecuente el curso fluctuante y la labilidad del estado de ánimo. Cuando existen ideas delirantes, es frecuente que éstas se refieran al recién nacido; en pacientes sin características psicóticas puede haber pensamientos obsesivos de agresión al niño, falta de concentración y

agitación psicomotora. Estas situaciones y el hecho de la omisión de la asistencia sanitaria 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. Es frecuente que estas mujeres presenten un cuadro clínico de gran ansiedad, crisis de angustia, llanto espontáneo (incluso mucho tiempo después de lo que suele durar la tristeza posparto o *baby blues*), así como desinterés por el nuevo hijo e insomnio.^{15,16,17}

Los importantes factores sociodemográficos, como el rango de edad (25 a 34 años), el origen étnico (indígena, gitana, palanquera/negra/afrocolombiana), los niveles superiores de educación, el embarazo no planificado y factores del cuidado prenatal, como el consumo de bebidas alcohólicas, micronutrientes y el hábito tabáquico, fueron asociados a depresión posnatal. Estas características psicosociales también han sido señaladas como factores de riesgo de depresión posparto por otros autores en nuestro medio y en el extranjero. Aquellas mujeres con una pareja que no ofrece apoyo, ya sea emocional o psicológico, también presentan un riesgo mayor. Cuando se examina más detenidamente la variable soporte social, se aprecia que la confianza y el apoyo de la pareja, el contacto de mujeres con bebés, y la presencia de sintomatología depresiva durante la primera semana del postparto, diferenciaron a las mujeres que presentaron sintomatología depresiva en la octava semana después de dar a luz, de las que no presentaron. **Bao-Alonso et al**, en su estudio, demuestra haber mayores niveles de depresión en el embarazo que en el postparto; y los factores asociados a mayores puntajes en la EPDS fueron ser **soltera**, ausencia de educación superior, no desear la gestación y haber presentado diagnóstico previo de depresión. Desde el punto de vista clínico, la mayoría de las mujeres con autorreporte de depresión posparto presentaban menor adherencia a conductas relacionadas al cuidado prenatal. Este dato es concordante con el hecho de que las mujeres con trastornos anímicos puerperales tienen **un riesgo sustantivo de volver a presentar nuevos episodios de depresión en pospartos futuros**.^{16,17,18}

Poo y et al , en su estudio realizado en mujeres puérperas concluyen en cuanto a los factores sociodemográficos asociados a Depresión Postparto, a pesar que algunas investigaciones señalan que el tener tres o más hijos es un factor de riesgo para padecerlo, en este estudio sólo aparece como significativo el tener hijos anteriores. Esto podría deberse a que tener más de un hijo, **implica que la madre disponga de los mismos recursos personales para realizar más labores**, tanto con el recién nacido como con los hijos anteriores. Además, al pertenecer al estrato socioeconómico bajo, se puede inferir que al poseer menos recursos económicos, la llegada de un nuevo hijo implica redistribuir el presupuesto familiar.^{18,19,20}

El método más adecuado para el diagnóstico parece ser el realizado en dos etapas: rastreo con un test de autoaplicación, seguido de entrevista diagnóstica en casos positivos. Para ello, se han utilizado varias escalas, siendo la escala para depresión del centro epidemiológico (CES-D) y la **escala de Edinburgh para depresión posparto (EPDS)**, las más conocidas y usadas para la detección de la Depresión Postparto. Otra escala cuya utilidad fue validada en poblaciones hispanas en Estados Unidos, es la de tamizaje para depresión posparto de **Beck y Gable**, la cual mostró ser útil para los posibles casos de depresión postparto en esta población, sin embargo no logró ser tan específica como las anteriores.^{21,22,23}

Para conocer los factores o dimensiones latentes en una escala homogénea se utiliza el análisis de factores. Los factores o dimensiones son, a su vez, pequeñas agrupaciones de los ítems de la escala. Igualmente, el análisis de factores es una de las estrategias que se usa para conocer la validez del constructo de una escala. La validez del constructo evalúa hasta qué punto el indicador o la definición operativa mide el concepto.²⁴

En relación con la consistencia interna de la escala de Edinburgh para depresión posparto en mujeres en esta etapa, **Cox y cols.** Informaron un coeficiente **0,87**. Mientras que en estudios realizados con embarazadas, la escala de Edinburgh para depresión posparto

mostró una consistencia interna entre **0,76 y 0,85** y una estructura factorial de dos factores que explicaban más del 50% de la varianza.^{25,26}

Un tema relevante respecto del pronóstico de la Depresión Postparto es la alta probabilidad de sub-diagnostico, que puede vincularse con: 1) Una mayor atención al bienestar del bebe en este periodo; 2) para la mujer es difícil asumir y priorizar su condición emocional y 3) el estigma, la vergüenza, y el temor a la crítica. Por lo tanto, es importante que el personal de salud evalúe durante el embarazo la presencia de síntomas psicológicos depresivos, pues algunas gestantes pueden cursar con fatiga, labilidad emocional, alteraciones del sueño o del apetito, lo que “encubriría” el diagnostico.^{27,28}

El tratamiento de la DPP se basa en los mismos principios que en la población general. Un enfoque biopsicosocial permite cubrir todos los factores involucrados así como optimizar la respuesta clínica. La gravedad de los síntomas determinará la modalidad terapéutica a utilizar, considerando que los mejores resultados se obtienen del manejo combinado de los factores biológicos, psicológicos y sociales. Para los factores psicológicos es útil la psicoterapia, individual o grupal, que en muchos casos deberá incluir a la pareja o familia de la puérpera. La terapia de grupo permite trabajar en la psicoeducación, fomentar el apoyo entre mujeres que se encuentran viviendo situaciones similares, así como explorar la red social y comunitaria, ya que en muchos casos se requiere la derivación a servicios de asistencia social y/o judiciales específicos.^{29,30,31}

En cuanto a las consecuencias de la Depresión Postparto, **Barnet y cols** en un estudio prospectivo, mostraron que las jóvenes deprimidas tenían un riesgo relativo de 1,44 en relación a las no deprimidas **de presentar un segundo embarazo entre los 12 y 24 meses posparto**. Respecto a la relación madre-hijo, **Panzarine y cols**, reportaron una asociación estadísticamente significativa entre síntomas depresivos y peor interacción de las madres adolescentes con sus bebés al momento de alimentarlos; mientras que **Field y cols**, concluyeron que bebés de adolescentes deprimidas, mostraban menor talla, menor circunferencia craneana y mayor morbilidad entre los 3 y 6 meses de edad.^{32,33}

En otro estudio nacional realizado por **Lam N, et al**, aplicaron un estudio con el fin de determinar las correlaciones y asociaciones de riesgo entre sintomatología depresiva y casos probables de depresión mayor según factores psicosociales en tres hospitales de Lima. Con una muestra de 593 gestantes y utilizando la Escala de Depresión de Edimburgo se halló una prevalencia de casos probables de depresión mayor de 34.1%. Hallándose como factores asociados independientes para probable depresión mayor: el antecedente de violencia , seguido de estado civil soltera (OR:3.96 ; IC95%: 2.68-5.85; $p<0.01$)³⁴

La importancia de conocer este indicador de salud se debe a los trabajos que muestran que la sintomatología depresiva está asociada a un mayor riesgo de complicaciones prenatales y perinatales. Por ejemplo, las mujeres deprimidas tienen más probabilidades de tener parto prematuro, y a menudo los recién nacidos requieren cuidados intensivos por complicaciones después del parto, incluyendo retraso en el crecimiento fetal y displasia broncopulmonar.³⁵

1.2 Justificación:

La depresión puerperal es un tema que cada vez alcanza mayor atención por parte de los profesionales de la salud, debido a su prevalencia constante en nuestro medio sanitario; ello obedece, probablemente, a que numerosos estudios están demostrando que, además de ocasionar sufrimiento y limitaciones a la mujer, la depresión materna perinatal puede tener efectos negativos en la descendencia, ya sea en la etapa in útero y lactante o en épocas más tardías de la vida.

En este sentido habiéndose documentado evidencia que reconoce a la funcionalidad familiar como un factor que puede estar asociado a su ocurrencia, por otro lado se reconoce que la depresión puerperal implica la aparición de una disfuncionalidad en la relación madre-hijo. Creemos que los resultados del estudio brindarán información que permitirá cuantificar el riesgo

de desarrollar depresión en el periodo puerperal al pertenecer a una familia disfuncional, lo que permitirá establecer un abordaje multidisciplinario como medida de prevención primaria, resaltando la necesidad de un trabajo conjunto por parte del personal asistencial, puérperas adolescentes y familiares.

1.3 FORMULACIÓN DEL PROBLEMA

¿El estado civil es factor de riesgo de depresión postparto en puérperas del Hospital Belén de Trujillo?

1.4 OBJETIVOS

Objetivo General

Determinar si el estado civil es factor de riesgo para depresión postparto en el Hospital Belén de Trujillo.

Objetivos específicos

1. Determinar las categorías de estado civil de las pacientes con depresión postparto.
2. Determinar las categorías de estado civil de las pacientes sin depresión postparto.
3. Comparar las categorías de estado civil entre las pacientes con o sin depresión postparto.
4. Comparar la edad materna, edad gestacional y controles prenatales entre las pacientes con o sin depresión postparto.

1.5 HIPÓTESIS

Hi.- El estado civil es factor de riesgo para depresión postparto en el Hospital Belén de Trujillo.

Ho.-El estado civil no es factor de riesgo para depresión postparto en el Hospital Belén de Trujillo.

II.- MATERIAL Y MÉTODOS

2.1 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 Belén de Trujillo durante el mes de Febrero del 2017.

2.2 Población de estudio

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

2.3 CRITERIOS DE SELECCIÓN:

Criterios de inclusión:

Casos

- Puérpera con depresión en el puerperio.
- Puérpera cuyo neonato estuvo vivo y gozó de buena salud hasta su ultimo control puerperal.
- Puérpera que brinde la información necesaria para poder identificar las variables de interés.

Controles

- Puérpera que no presente depresión postparto

- Puérpera cuyo neonato estuvo vivo y gozó de buena salud hasta su ultimo 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 en las últimas 4 semanas antes de la encuesta.
- Puérpera sin control prenatal.
- Puérpera con óbito fetal.

2.4 Muestra

Tipo de muestreo

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

Unidad muestral:

Es la historia clínica de cada una de las puérperas atendidas en el Departamento de Ginecología y Obstetricia del Hospital Belén de Trujillo durante el mes de febrero 2017 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 Belén de Trujillo durante el mes de Febrero 2017 y que cumplan con los criterios de selección.

Tamaño Muestral:

Para la determinación del tamaño de muestra se utilizaría la fórmula estadística para 4 grupos de estudio²³.

$$\frac{Z^2 p(1 - p)}{e^2}$$

- **Z** = Es la desviación del valor medio que aceptamos para lograr el nivel de confianza deseado.
- Nivel de confianza 95% -> Z=1,96
- **P** es la proporción que buscamos en el total de la población
- Por lo tanto, **(1-p)** es la proporción de la muestra complementaria, la que no cumple el criterio buscado.
- **e** es el margen de error aceptado.

Donde reemplazando, estado civil (solteras):

N1: 35

Reemplazando para mujeres casadas:

N2: 15

Reemplazando para mujeres convivientes:

N2: 35

Reemplazando para mujeres viudas:

N4: 5

- **Pérez M, et al** en Colombia en el 2013 encontraron que la frecuencia de diferentes estados civiles en el grupo con depresión puerperal a (predominio solteras y convivientes) fue de 70%, mientras que mujeres casadas y divorciadas, fue en un bajo porcentaje a comparación de lo anterior. Mientras que en el grupo sin depresión puerperal fue de 30%

Reemplazando los valores, se tiene:

$$n = 45$$

CASOS : (Puérperas con depresión.) = 45 pacientes

CONTROLES : (Puérperas sin depresión) = 45 pacientes.

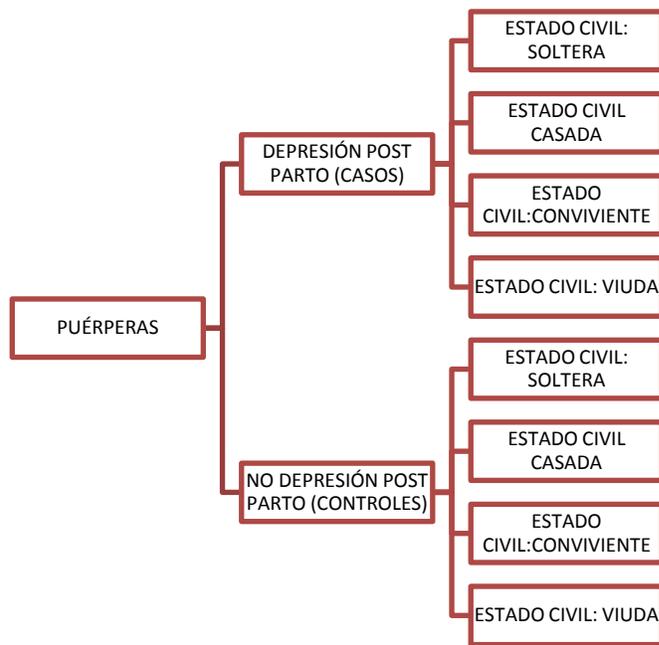
2.5 DISEÑO DEL ESTUDIO

Tipo de estudio

Fue un estudio tipo analítico, observacional, prospectivo, de casos y controles.

Diseño específico

El presente diseño fue de casos y controles ^{22,33}



2.6 Variables

VARIABLE	TIPO	ESCALA	INDICADORES	INDICE
DEPENDIENTE				
Depresión post parto	Cualitativa	Nominal	Depresión post-parto de una puntuación de 10 o más puntos indica sospecha de depresión posparto con la Escala de Edimburgo.	a) = 0 puntos b) = 1 punto c) = 2 puntos d) = 3 puntos
INDEPENDIENTE				
Estado Civil	Cualitativa	Nominal	<ul style="list-style-type: none"> • Soltera • Conviviente • Casada • Viuda 	(S-CO-CA-V)

2.7 DEFINICIONES OPERACIONALES

Depresión postparto.- Se considera depresión posparto a cualquier enfermedad depresiva no psicótica que ocurre en la madre durante el primer año después del nacimiento. Siendo ayudada por la **escala de 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. 10 items, considerando que cada letra marcada tiene un puntaje: a) = 0 puntos; b) = 1 punto; c) = 2 puntos; d) = 3 puntos. Por lo que así se llega a considerar la puntuación final teniendo la sumatoria de los 10 items.

Estado civil.- Condición de una persona según el registro civil en función de si tiene o no pareja y su situación legal respecto a esto. Conjunto de las circunstancias personales que determinan los derechos y obligaciones de las personas. Determinándose así, soltera, conviviente, casada, viuda.

2.8 PROCEDIMIENTOS DE OBTENCIÓN DE DATOS

1. Se solicitará el permiso correspondiente al Director del Hospital Belén de Trujillo, para la debida autorización para la ejecución del presente proyecto.
2. Se solicitará autorización para tener acceso al control puerperal en el área de consultorio externo de Ginecología y Obstetricia, con el fin de solicitarles la información requerida a través de la aplicación de instrumentos.
3. Se solicitará a las puérperas previamente consentimiento informado de participación de estudio.
4. El cuestionario será contestado en forma auto administrada. En ambiente de puerperio patológico, puerperio normal del área de Obstetricia del Hospital Belén de Trujillo.
5. Una vez recolectada la información se procederá a la elaboración de la base de datos en una matriz como Excel 2013

6. Se exportará a una base electrónica y analizó utilizando el programa estadístico SPSS versión 23.
7. Se procederá a la elaboración de tablas y gráficos según los objetivos, problema e hipótesis de investigación
8. Se procederá al análisis y discusión de los resultados que se muestran en las tablas y gráficos.
9. Se insistirá en el carácter voluntario de la participación, se solicitará el consentimiento informado de manera verbal, se asegurará la confidencialidad de los datos y se les explicó el propósito del trabajo.

2.9 RECOLECCIÓN Y ANÁLISIS DE LA INFORMACIÓN

El procesamiento de la información se hizo usando una computadora que contuvo el paquete estadístico SPSS versión 23.0.

Estadística descriptiva

Se tomó en cuenta las frecuencias absolutas y relativas (porcentajes), plasmados en tablas tetracóricas de acuerdo a los objetivos específicos propuestos en el presente estudio

Estadística inferencial

Se aplicará el test de Chi cuadrado para establecer la relación entre las variables cualitativas. La asociación será considerada significativa si la posibilidad de equivocarse es menor al 5% ($p < 0.05$). En caso de variables cualitativas se aplicará prueba de T de student.

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 de estado civil. Se calculara el intervalo de confianza al 95% del estadígrafo correspondiente.

ODSS RATIO: a x d / c x b

2.10 Consideraciones Éticas

Para la realización del proyecto se siguió las recomendaciones internacionales dispuestas en 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.²⁴

Se tendrá en cuenta el artículo 10 que señala que los médicos deben considerar las normas y estándares éticos, legales y jurídicos para la investigación en seres humanos en sus propios países. No se debe permitir que un requisito ético, legal o jurídico nacional o internacional disminuya o elimine cualquiera medida de protección para las personas que participan en la investigación. También el artículo 11 que señala que, es deber del médico proteger la vida, la salud, la dignidad, la integridad, el derecho a la autodeterminación, la intimidad y la confidencialidad de la información personal de las personas que participan en investigación. Además debido a la naturaleza del presente estudio no se pondrá en peligro la integridad física de las pacientes, ni tampoco su salud mental.²⁵

III. RESULTADOS

Tabla N° 01. Características de los pacientes incluidos estudio en el Hospital Belén de Trujillo Febrero del 2017:

Características sociodemográficas	Depresión puerperal (n=45)	No depresión puerperal (n=45)	Significancia
Edad materna:			
- Promedio	26.5	27.9	T student: 1.42
- D. estandar	5.1	6.2	p>0.05
Edad gestacional:			
- Promedio	38.5	37.8	T student: 1.18
- D. estandar	1.1	0.8	p>0.05
Control prenatal:			
- Promedio	5.9	6.4	T de student: 1.04
- D. estandar	2.1	1.3	p>0.05

FUENTE: HOSPITAL BELEN DE TRUJILLO–Fichas de recolección: 2017.

Tabla N° 2: Categorías de estado civil de las pacientes con depresión postparto Hospital Belén de Trujillo Febrero del 2017:

Depresión postparto	Estado civil			Total
	Soltera	Conviviente	Casada	
Si	19 (42%)	16 (35%)	10 (23%)	45 (100%)

FUENTE: HOSPITAL BELEN DE TRUJILLO–Fichas de recolección: 2017.

Las categorías de estado civil de las pacientes con depresión postparto fue la siguiente: soltera (42%); conviviente (35%) y casada (23%).

Gráfico N° 1: Categorías de estado civil de las pacientes con depresión postparto Hospital Belén de Trujillo Febrero del 2017:

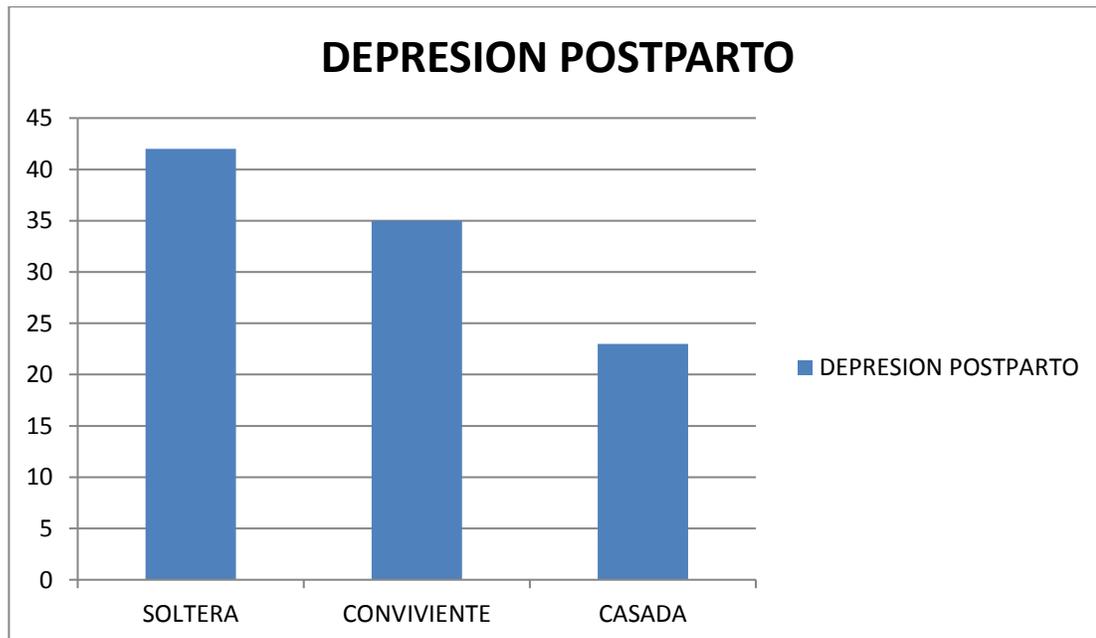


Tabla N° 3: Categorías de estado civil de las pacientes sin depresión postparto Hospital Belén de Trujillo Febrero del 2017:

Depresión postparto	Estado civil			Total
	Soltera	Conviviente	Casada	
No	9 (20%)	25 (55%)	11 (25%)	45 (100%)

FUENTE: HOSPITAL BELEN DE TRUJILLO–Fichas de recolección: 2017.

Las categorías de estado civil de las pacientes sin depresión postparto fue la siguiente: soltera (20%); conviviente (55%) y casada (25%).

Gráfico N° 2: Categorías de estado civil de las pacientes sin depresión postparto Hospital Belén de Trujillo Febrero del 2017:

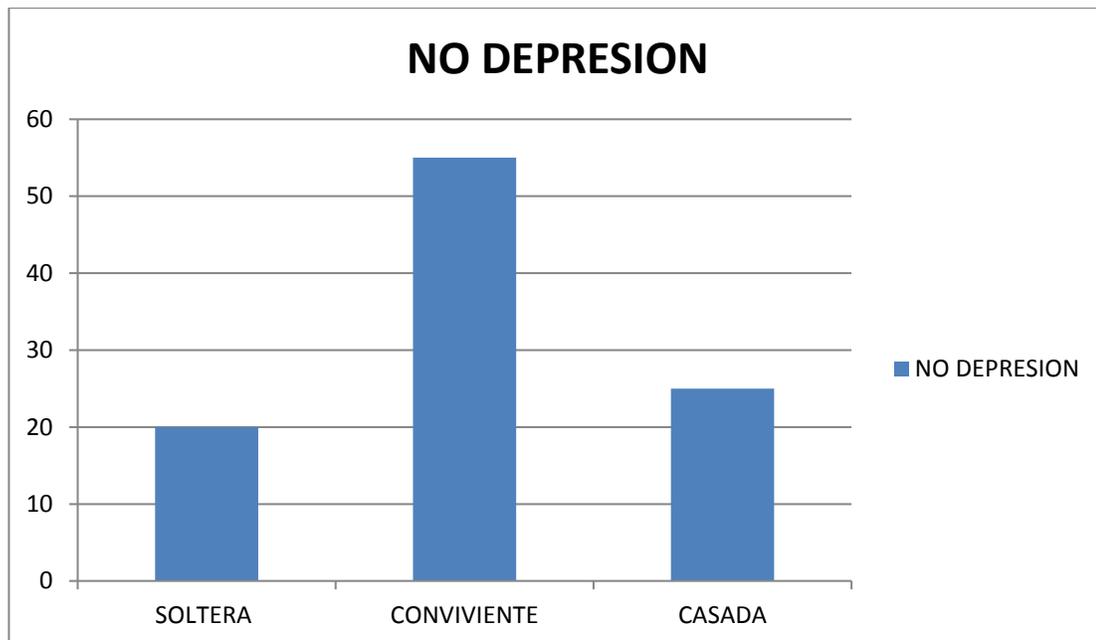


Tabla N° 4: Estado civil como factor de riesgo para depresión postparto Hospital Belén de Trujillo Febrero del 2017:

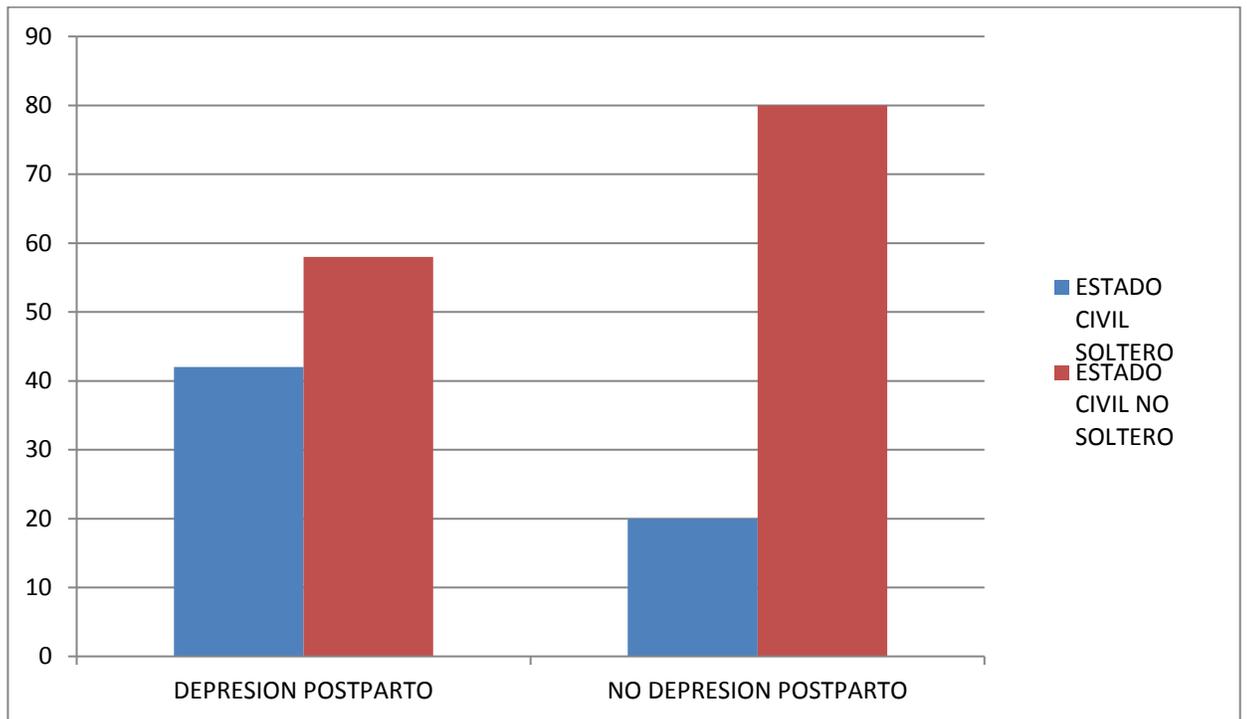
Estado civil	Depresión postparto		Total
	Si	No	
Soltera	19 (42%)	9 (20%)	28
Conviviente	16 (35%)	25 (55%)	41
Casada	10 (23%)	11 (25%)	21
Total	45 (100%)	45 (100%)	90

FUENTE: HOSPITAL BELEN DE TRUJILLO–Fichas de recolección: 2017.

- Chi Cuadrado: 6.7
- $p < 0.05$
- Odds ratio: 2.93
- Intervalo de confianza al 95%: (1.58; 6.4)

En el análisis se observa que el estado civil se asocia a depresión postparto a nivel muestral lo que se traduce en un odds ratio > 1 ; expresa este mismo riesgo a nivel poblacional lo que se traduce en un intervalo de confianza al 95% > 1 y finalmente expresa significancia de estos riesgos al verificar que la influencia del azar es decir el valor de p es inferior al 1%; estas 3 condiciones permiten afirmar que el estado civil soltera es factor de riesgo para depresión postparto.

Gráfico N° 3: Estado civil como factor de riesgo para depresión postparto Hospital Belén de Trujillo Febrero del 2017:



La frecuencia de estado civil soltera en el grupo con depresión postparto fue de 42% mientras que en el grupo sin depresión postparto fue 20%.

IV. DISCUSION

La depresión postparto (DP) es una condición estrictamente definida en la nomenclatura psiquiátrica como un episodio depresivo mayor que comienza dentro de los 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.^{3,4} Importantes factores sociodemográficos son: el rango de edad (25 a 34 años), el origen étnico (indígena, gitana, palanquera/negra/afrocolombiana), los niveles superiores de educación, el embarazo no planificado y factores del cuidado prenatal, como el consumo de bebidas alcohólicas, micronutrientes y el hábito tabáquico, fueron asociados a depresión posnatal. Estas características psicosociales también han sido señaladas como factores de riesgo de depresión postparto por otros autores en nuestro medio y en el extranjero.

En la Tabla N° 1 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 púerperas 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 al³⁷ en Chile en el 2014; Piera A, et al³⁹ en Perú en el 2015 y Urdaneta J, et al⁴⁰ en Chile en el 2012; quienes tampoco registran diferencia respecto a edad y sexo entre los pacientes con o sin depresión postparto.

En la Tabla N° 2 realizamos la valoración de las categorías de estado civil en primer término en el grupo con depresión postparto, encontrando las categorías observadas en mayor proporción corresponden a las de soltera y conviviente. En la

Tabla N° 3 por otra parte se verifica la distribución de las categorías de estado civil pero en el grupo de gestantes sin depresión postparto, en donde se puede reconocer que predominan las categorías conviviente y casada.

En relación a los referentes bibliográficos previos podemos mencionar a Molero K, et al en Chile en el 2014 llevaron a cabo un estudio con el objetivo de comparar la prevalencia de depresión postparto (DPP) entre puérperas adolescentes y adultas en una investigación comparativa con diseño no experimental, transeccional de casos y controles, que incluyó una muestra de 100 mujeres en puerperio tardío, divididas en dos grupos pareados de 50 adolescentes (casos) y 50 adultas (controles); las que fueron evaluadas mediante

la aplicación de la Escala de Edimburgo (EDPS); reconociendo una mayor frecuencia del estado civil soltera en el grupo de pacientes con depresión ($p < 0,001$)³⁷.

En la Tabla N° 4 precisamos el grado de asociación que implica condición de soltería en el estado civil y el riesgo de desarrollar postparto; el cual se expresa como un odds ratio de 2.93; que al ser expuesto al análisis estadístico con la prueba chi cuadrado verifica su presencia en toda la población al tener gran significancia estadística ($p < 0.01$); lo cual nos permite concluir que la asociación de riesgo entre las variables estudiadas, se manifiesta en la muestra y en toda la población.

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 postparto en las madres adolescentes por medio de un estudio observacional, analítico de casos y controles, prospectivo, transversal, donde la muestra estuvo conformada por 180 madres adolescentes, en dos grupos: 90 pacientes que tuvieron depresión postparto (casos) y 90 pacientes sin depresión postparto (control); reconociendo como factores el no contar con el apoyo emocional

de la pareja ($p < 0.001$; OR: 3.96), el no tener una buena relación con la pareja ($p < 0.001$; OR: 42.31) y el estado civil de soltería ($p < 0.05$)³⁸.

Cabe hacer referencia a las conclusiones a las que llegó Piera A, et al en Perú en el 2015 quienes desarrollaron un estudio con el objetivo de determinar la relación que existe entre los factores socioeconómicos, demográficos, obstétricos y la depresión en gestantes adolescentes en un diseño cuantitativo, tipo no experimental, descriptivo-correlacional; en 90 puérperas adolescentes. Los instrumentos utilizados fueron el cuestionario y la Escala de Depresión de Edimburgo del Embarazo. Se documentó una relación estadísticamente significativa entre el estado civil y la depresión ($p = 0,018$)³⁹.

Por otro lado tenemos el estudio de Urdaneta J, et al en Chile en el 2012 quienes desarrollaron un estudio con el objetivo de determinar los factores de riesgo para DPP en puérperas por medio de una investigación descriptiva con diseño no experimental, mediante una muestra de 100 puérperas, evaluadas por la Escala de Depresión Postparto de Edimburgo; observando que de las características evaluadas no contar con el apoyo de su pareja y la condición de estado civil soltera ($p < 0.05$); se asociaron significativamente con depresión postparto⁴⁰.

V. CONCLUSIONES

1.-No se apreciaron diferencias significativas en relación a las variables edad materna, edad gestacional y controles prenatales entre las gestantes con depresión postparto o sin ella.

2.-Las categorías de estado civil de las pacientes con depresión postparto fue la siguiente: soltera (42%); conviviente (35%) y casada (23%).

3.-Las categorías de estado civil de las pacientes sin depresión postparto fue la siguiente: soltera (20%); conviviente (55%) y casada (25%).

4.-El estado civil soltera es factor de riesgo para depresión postparto con un odds ratio de 2.93, el cual fue significativo ($p < 0.05$).

VI. SUGERENCIAS

- 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.

VII. REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS:

1. Escobar J, Pacora P, Custodio N, Villar W. Depresión posparto: ¿Se encuentra asociada a la violencia basada en género?. *An Fac Med* . 2009; 70(2): 115-8
2. Aramburú P, Jáuregui S, Salazar P, Pari L, Arellano R, Sierra O. Prevalencia y factores asociados a depresión posparto en mujeres atendidas en establecimientos de salud del primer nivel de atención en Lima Metropolitana, 2004. *Revista Peruana de Epidemiología* 2008; 12(3): 1 - 5.
3. Sylvén SM. Biological and Psychosocial aspects of postpartum depression, 2012. Digital Comprehensive Summaries of Uppsala Dissertations from the Faculty of Medicine, ISSN 1651-6206; 751.
4. Aramburú P, Arellano R,; Jáuregui S, Pari L, Salazar P, Sierra, O. Prevalencia y factores asociados a depresión posparto en mujeres atendidas en establecimientos de salud del primer nivel de atención en Lima Metropolitana, junio 2004. *Rev Per Epidemiol* 2008; 12(3): 1 – 5.
5. Hiltunen P. Maternal postnatal depression: causes and consequences. *International journal of circumpolar health*, 2003, 62(3).
6. Wolff C, Valenzuela P, Esteffan K, Zapata D. Depresión posparto en el embarazo adolescente: análisis del problema y sus consecuencias. *Rev Chil Obste Gineco* 2009; 74(3): 151-158
7. Gjerdingen D, CrowS, McGovern P, Miner M, Center B. Postpartum Depression Screening at well-child visits: Validity of a 2-questions screen and the PHQ-9. *Ann Fam Med* 2011; 7(1): 63 – 70.
8. Vásquez G. Disfuncionalidad y violencia familiar como factores de riesgo de depresión puerperal, Hospital Regional de Cajamarca- Perú 2014. *Cientifi-k* 3(1), 2015.
9. Campo-Arias A, Ayolo-Castillo C, Peinado-Valencia H, Amor-Parra M, Cogollo Z. Escala de Edinburgh para depresión posparto: Consistencia interna y estructura factorial en mujeres embarazadas de Cartagena, Colombia. *Revista Colombia de Obstetricia y Ginecología* Vol.58 No.4-2007 (277-283)

10. Bao-Alonso M, Vega-Deinstmaier J, Saona Ugarte P. Prevalencia de depresión durante la gestación. *Rev Neuropsiquiatria* 73 (3), 2010-95
11. Rodríguez J, Kohn R, Aguilar-Gaxiola S. Epidemiología de los trastornos mentales en América Latina y el Caribe. Washington Organización Panamericana de la Salud. 2009.
12. Pérez M, Forero C; Cabarcas N; Hinestrosa, C; Lobo S; Garavito M, et al, Depresión y factores de riesgos asociados en embarazadas de 18 a 45 años asistentes al Hospital Niño Jesús en Barranquilla (Colombia). Source: *Salud Uninorte*, 2013; 29 (3); 394-405.
13. Juárez-Romero M, Nava-Cruz C, Méndez-Hernández P, Cuacenetí J, Rojas-Lima E, Francisco-García M. Prevalencia de depresión posparto en el Hospital de la Mujer del estado de Tlaxcala. *Rev Invest Med Sur Mex, Julio-Septiembre 2015*; 22 (3): 132-135
14. Tomás-Sábado J. Fundamentos de bioestadística y análisis de datos para enfermería. Barcelona. Universidad Autónoma de Barcelona. 2009. (Consultado 10 de Octubre del 2014). Disponible en: <https://books.google.com.pe/books?id=MHgap8IN124C&printsec=frontcover&dq=biostatística&hl=es&sa=X&ei=0LzIVLqMDsmbgwSXqY>
15. Dois A. Actualización en depresión posparto. *Rev cubana de Obs y Gineco* 2012; 38(4) 576-58
16. Cepeda-Silva A, Morales-Carmona F, Henales-Almaraz M, Depresión postparto durante el embarazo como factor de riesgo para complicaciones maternas y recién nacidos de peso bajo Sara Méndez-Cabello II. *Rev Perinatol Reprod Hum* 2011 (Citado 11 de Noviembre 2014); 25 (2): 81-87. Disponible en: <http://www.medigraphic.com/pdfs/inper/ip-2011/ip112d.pdf> DICA&ved=0CEMQ6AEwBg#v=onepage&q=biostatística&f=false
17. Rojas G, Fritsch R, Guajardo V, Rojas F, Barroilhet S, Jadresic E. Caracterización de madres deprimidas en el posparto. *Rev Med Chile* 2010; 138: 536-542

18. Urdaneta J, Rivera A, García J, Guerra M, Baabel N, Contreras A. Prevalencia de depresión posparto en primigestas y múltiparas valoradas por la escala de Edimburgo. *Rev Chil Obstet Ginecol* 2010; 75(5): 312-320
19. Mendoza C, Saldivia S. Actualización en depresión posparto: el desafío permanente de optimizar su detección y abordaje. *Rev Med Chile* 2015; 143: 887-894
20. Dois A, Uribe C, Villaruel L, Contreras A. Factores de riesgo asociados a síntomas depresivos post parto en mujeres de bajo riesgo obstétrico atendidas en el sistema público. *Rev Med Chile* 2012; 140: 719-725
21. Poo A, Espejo C, Godoy C, Gualda de la C M, Hernández T, Perez C. Prevalencia y factores de riesgo asociados a la depresión posparto en puérperas de un Centro de Atención Primaria en el Sur de Chile. *Rev Med Chile* 2008; 136:44-52
22. Martínez E, Toledo M, Pineda M, Monleón J, Ferrero J, Barreto P. La Depresión Postparto: un estudio exploratorio con una muestra de mujeres valencianas. *Rev de Psicopatología y Psicología Clínica*. 2001, Volumen 6, Número 1, pp- 37-48
23. 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
24. Campo-Arias A, Ayolo-Castillo C, Peinado-Valencia H, Amor-Parra M, Cogollo Z. Escala de Edinburgh para depresión posparto: Consistencia interna y estructura factorial en mujeres embarazadas de Cartagena, Colombia. *Revista Colombia de Obstetricia y Ginecología* Vol.58 No.4-2007 (277-283)
25. Bao-Alonso M, Vega-Deinstmaier J, Saona Ugarte P. Prevalencia de depresión durante la gestación. *Rev Neuropsiquiatria* 73 (3), 2010-95
26. Lam N, Contreras H, Mori E, Hinostroza W, Hinostroza R, Torrejón E, Coaquira E, Hinostroza W. Factores psicosociales y depresión antenatal en mujeres gestantes. Estudio multicéntrico en tres hospitales de Lima, Perú. Abril a junio de 2008. *Rev peruana de epidemiología*. Vol 14 N.3 Diciembre 2010.
27. Medina-Serdán E. Diferencias entre la depresión posparto, la psicosis posparto y la tristeza posparto. *Art de revisión* Vol 27, Número 3. Pp185-193

28. Rincón-Pabón D, Ramírez-Vélez R. Determinantes sociales, cuidado prenatal y depresión posparto. Resultados de la Encuesta Nacional de Salud 2010: estudio transversal. *Prog Obstet Ginecol.* 2013; 56(10): 508-514
29. Toranzo G. Efectos de un programa preventivo prenatal para la depresión puerperal en primigestas. *Rev Cultura. Universidad de San Martín de Porres Lima (Perú)* 2009 (Citado 11 de Octubre del 2014); 23: 102-120
30. Hernández R, Fernández C, Baptista P. Metodología de la investigación científica. 4ª edición. México DF. Editorial McGraw Hill. 2008
31. Yim IS, Glynn LM, et al. Risk of postpartum depressive symptoms with elevated corticotropin-releasing hormone in human pregnancy. *Arch Gen Psychiatry* 2010; 66:162–9.
32. Rojas G; Fritsch R; Solís J; González M; Guajardo V; Araya R. Calidad de vida de mujeres deprimidas en el posparto. *Rev Méd Chile* 2009; 134 (6): 713-720.
33. Alvarado R, Rojas M, Monardes J, Perucca E, Neves E, Olea E, et al. Cuadros depresivos en el posparto en una cohorte de embarazadas: construcción de un modelo causal. Chile. *Rev Chil Neuro – Psiquiat.* 2011; 38(2): 84 – 93.
34. Vargas R. Funcionalidad familiar y redes de apoyo social en la depresión posparto en el Hospital Obrero Nro. 2 CNS CBBA 2011. *Rev. Cochab. Med. Fam.* 1(1).
35. Source: Cox, J.L., Holden, J.M., and Sagovsky, R. 1987. Detection of postnatal depression: Development of the 10-item Edinburgh Postnatal Depression Scale. *British Journal of Psychiatry* 150:782-786.
36. Asociación Médica Mundial (AMM), Declaración de Helsinki de La Asociación Médica Mundial. Principios éticos para las investigaciones médicas en seres humanos. 2008 (Consultado 14 de Noviembre del 2014). Disponible en:http://www.wma.net/es/30publications/10policies/b3/17c_es.pdf
37. Urdaneta J, Rivera A, García J. Factores de riesgo de depresión posparto en puérperas venezolanas valoradas por medio de la escala de Edimburgo. *Revista chilena de obstetricia y ginecología* 2012; 76(2), 102-112.
38. Molero K, Urdaneta J. Prevalencia de depresión posparto en puérperas adolescentes y adultas. *Revista chilena de obstetricia y ginecología* 2014; 79(4): 294-304.

39. Atencia S. Factores de riesgo para la depresión posparto en madres adolescentes atendidas en el hospital nacional Daniel Alcides Carrion durante abril-junio, 2015. Tesis. Perú.
40. Piera A, Stefani B, Pinedo S. Factores socioeconómicos, demográficos, obstétricos, relacionados a la depresión en gestantes adolescentes atendidas en el centro de salud Moronacocho, Iquitos-2015. Tesis. Perú.

ANEXOS

ANEXO 1

FICHA DE RECOLECCIÓN DE DATOS

1. DATOS GENERALES

HISTORIA CLINICA N° _____

FECHA DE PARTO: _____

EDAD: _____

EDAD GESTACIONAL: _____ SEMANAS

¿TUVO CONTROLES PRENATALES? SÍ () NO ()

¿HA SUFRIDO LA PÉRDIDA (MUERTE) DE ALGÚN FAMILIAR CERCANO O DIRECTO

ESTAS ÚLTIMAS 4 SEMANAS? SÍ () NO ()

CASO () CONTROL ()

2.- VARIABLE DEPENDIENTE

DEPRESION POSTPARTO SI () NO ()

3.- VARIABLE INDEPENDIENTE

ESTADO CIVIL S () C () V () CO () D ()

ANEXO 2

ESCALA DEPRESIÓN DE EDIMBURGO PARA EMBARAZO Y POSPARTO

Estado civil:

Edad:

Fecha de nacimiento de su hijo(a):

Como usted está embarazada o hace poco tuvo un bebé, nos gustaría saber cómo se ha estado sintiendo. Por favor marque con una X el casillero con la respuesta que más se acerca a como se ha sentido en los últimos 7 días.

1	He sido capaz de Reírme y ver el lado divertido de las cosas.	a) Tanto como siempre	
		b) No tanto ahora	
		c) Mucho menos ahora	
		d) No, nada	
2	He disfrutado mirar hacia delante	a) Tanto como siempre	
		b) Menos que antes	
		c) Muchos menos que antes	
		d) Casi nada	
3	Cuando las cosas han salido mal me he culpado a mi misma	a) No, nunca	
		b) No, con mucha frecuencia	
		c) Sí, a veces	
		d) Sí, la mayor parte del tiempo	
4	He estado nerviosa o inquieta sin tener motivo	a) No, nunca	
		b) Casi nunca	
		c) Si, a veces	
		d) Sí, con mucha frecuencia	
5	He sentido miedo o he estado	a) No, nunca	
		b) No, no mucho	
		c) Sí, a veces	

	asustadiza sin	d) Sí, bastante	
6	Las cosas me han estado abrumando	a) No, he estado haciendo las cosas tan bien como siempre	
		b) No, la mayor parte del tiempo he hecho las cosas bastante	
		c) Sí, a veces no he podido hacer las cosas tan bien como	
		d) Sí, la mayor parte del tiempo no he podido hacer las	
7	Me he sentido tan desdichada que he tenido dificultades para	a) No, nunca	
		b) No, con mucha frecuencia	
		c) Sí, a veces	
		d) Sí, la mayor parte del tiempo	
8	Me he sentido triste o desgraciada	a) No, nunca	
		b) No, con mucha frecuencia	
		c) Sí, a veces	
		d) Sí, la mayor parte del tiempo	
9	Me he sentido tan desdichada que he estado llorando	a) No, nunca	
		b) Sólo ocasionalmente	
		c) Sí, bastante a menudo	
		d) Sí, la mayor parte del tiempo	
10	Se me ha ocurrido la idea de hacerme daño	a) Nunca	
		b) Casi nunca	
		c) A veces	
		d) Sí, bastante a menudo	

A las respuestas se les otorga un puntaje de 0, 1, 2 y 3 de acuerdo a la letra marcada:

a) = 0 puntos; b) = 1 punto; c) = 2 puntos; d) = 3 puntos El puntaje total se calcula sumando los puntajes para cada uno de los 10 ítemes.

INTERPRETACIÓN ESCALA DEPRESIÓN DE EDIMBURGO PARA EMBARAZO Y POSPARTO

DURANTE EL EMBARAZO	EN EL POSPARTO
Una puntuación de 13 o más puntos indica sospecha de depresión.	Una puntuación de 10 o más puntos indica sospecha de depresión posparto.
Cualquier puntaje distinto de cero en la pregunta N° 10 requiere de evaluación adicional dentro de 24 horas.	

Instructivo para la aplicación de la Escala Depresión de Edimburgo para Embarazo y Posparto:

1. Explicar a las gestantes y puérperas que la depresión es una enfermedad frecuente en estas etapas de la vida y que tiene tratamiento, pero que es necesario detectarla lo más tempranamente posible.
2. Solicitar a las gestantes y puérperas que marque con una X la alternativa que más se acerca a la forma en que se ha sentido en los últimos 7 días.
3. Especificar que las 10 preguntas deben ser respondida y que para cada pregunta debe marcar sólo 1 de las 4 alternativas.
4. Si la gestante o puérpera tienen dificultades de lecto-escritura, el profesional o técnico lee las preguntas y las alternativas y espera la respuesta, si pasado un lapso prudente la gestante o puérpera no responde, se le repite la pregunta haciendo una pausa entre cada alternativa.
5. En todos los casos, se debe asegurar, que las respuestas provengan de la madre o gestante.

ANEXO 3

“AÑO DE LA CONSOLIDACIÓN DEL MAR DE GRAU”

Solicita: Permiso para realizar investigación

Sr. Dr. Ytalo Lino Gonzales.

Director del Hospital Belén de Trujillo

Yo, Kyara De Los Milagros Olórtegui Risco, identificada con DNI 70459407, Bachiller de la Facultad de Medicina Humana de la Universidad Privada Antenor Orrego, me dirijo a su digno despacho con la finalidad de solicitar su permiso para poder realizar mi Proyecto de Tesis titulado: “ESTADO CIVIL COMO FACTOR DE RIESGO DE DEPRESION POSTPARTO EN PUERPERAS DEL HOSPITAL BELÉN DE TRUJILLO”.

Se adjunta copia del trabajo de investigación.

Agradeciéndole por la atención que le brinde a la presente, quedamos de Ud.

Atentamente,

Kyara De Los Milagros Olórtegui Risco

DNI:70459407

Teléfono: 949356523

Correo: Kyara_1893@hotmail.com

ANEXO 4

“AÑO DE LA CONSOLIDACIÓN DEL MAR DE GRAU”

SOLICITA APROBACIÓN E INSCRIPCIÓN DE PROYECTO DE TESIS Y ASESOR

Señor Ms.

JORGE LUIS JARA MORILLO

Presidente del Comité de Investigación de Facultad de Medicina

Yo, **Olórtegui Risco Kyara De Los Milagros**, identificada con **ID 000087375**, alumna de la Escuela de Medicina, con el debido respeto me presento y expongo:

Que, siendo requisito indispensable para optar el Título Profesional de Médico Cirujano, recorro a su digno despacho a fin de que se apruebe e inscriba mi proyecto de tesis titulado: **“ESTADO CIVIL COMO FACTOR DE RIESGO DE DEPRESION POSTPARTO EN PUERPERAS DEL HOSPITAL BELÉN DE TRUJILLO”**”.

Así mismo informo que el docente, **Paola Rodríguez García**, será mi Asesor, por lo que solicito se sirva tomar conocimiento para los fines pertinentes.

Por lo expuesto es justicia que espero alcanzar.

Trujillo, 2 de febrero del 2017

Olórtegui Risco, Kyara De Los Milagros

ID: 00008737

Adjunto derecho de Trámite.

**“ESTADO CIVIL COMO FACTOR DE RIESGO DE DEPRESION
POSTPARTO EN PUERPERAS DEL HOSPITAL BELÉN DE TRUJILLO”**

MIEMBROS DEL JURADO

**DRA. ROSA LOZANO IBAÑEZ
PRESIDENTE**

**DR. LEONCIO VENEGAS SAAVEDRA
SECRETARIO**

**DR. PEDRO DEZA HUANES
VOCAL**

**DRA. PAOLA RODRIGUEZ GARCÍA
ASESORA**