



UNAP



FACULTAD DE MEDICINA HUMANA

ESCUELA DE FORMACIÓN PROFESIONAL DE MEDICINA HUMANA

TESIS

**“FACTORES ASOCIADOS A LA DEPRESIÓN POST PARTO EN
PUÉRPERAS ATENDIDAS EN EL HOSPITAL IQUITOS 2020”**

PARA OPTAR EL TÍTULO PROFESIONAL DE

MÉDICO CIRUJANO

PRESENTADO POR:

MAC JOSUE VALDIVIA SANCHEZ

ASESOR:

MC. JAVIER VÁSQUEZ VÁSQUEZ, MG. SP

IQUITOS, PERÚ

2020

ACTA DE SUSTENTACIÓN DE TESIS



UNAP

FACULTAD DE MEDICINA HUMANA
"RAFAEL DONAYRE ROJAS"

"Año de la Universalización de la Salud"

ACTA DE SUSTENTACION DE TESIS N° 002/ CGT-FMH-UNAP-2020

En la Ciudad de Iquitos, Distrito de Iquitos, Departamento de Loreto, por plataforma virtual, a los 14 días del mes de Julio de 2020 a horas 12:00 hrs, se dio inicio a la sustentación pública de Tesis TITULADA "**Factores asociados a la depresión post parto en puérperas, atendidas en el hospital Iquitos 2020**", aprobado con Resolución Decanal De sustentación Nro. 126-2020-FMH-UNAP. Presentado por el bachiller **Mac Josué Valdivia Sanchez**, para optar el título profesional de Médico Cirujano.

El Jurado Calificador y dictaminador designado mediante Resolución Decanal Nro. 110-2020-FMH-UNAP del 29 de Mayo 2020 está integrado por:

- **Dr. Beder Camacho Flores** - Presidente
- **Dr. Edwin Villacorta Vigo** - Miembro
- **MC. Renzo Igor Paima Ríos** - Miembro

Luego de haber escuchado con atención y formulado las preguntas necesarias, las cuales fueron respondidas: Satisfactoriamente

El Jurado después de las deliberaciones correspondientes, llegó a las siguientes conclusiones:


La sustentación pública y la Tesis han sido Aprobada con la calificación Diecisiete (17)

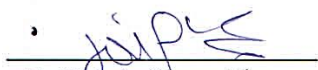
Estando el bachiller Apto para obtener título profesional de Médico Cirujano.

Siendo las 13:00 hrs se dio por terminado el acto académico.


Dr. Beder Camacho Flores
Presidente


Dr. Edwin Villacorta Vigo
Miembro


MC. Renzo Igor Paima Ríos
Miembro

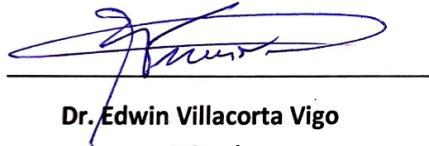

Mg.SP. Javier Vásquez Vásquez

Asesor

MIEMBROS DEL JURADO EXAMINADOR Y ASESOR DE LA TESIS



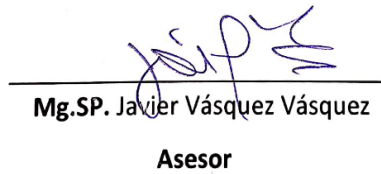
Dr. Eder Camacho Flores
Presidente



Dr. Edwin Villacorta Vigo
Miembro



MC. Renzo Igor Paima Ríos
Miembro



Mg.SP. Javier Vásquez Vásquez
Asesor

DEDICATORIA

A Dios, a mis padres, familiares, por su apoyo incondicional,
por su confianza y por sus palabras de aliento durante estos
largos años de mi carrera.

Que con esfuerzo y dedicación pese a muchas adversidades lo
culmino satisfactoriamente retribuyendo todo lo que me
brindaron.

AGRADECIMIENTO

A la Facultad de Medicina Humana “Rafael Donayre Rojas”, por los años que me acogió en sus aulas, Al hospital Iquitos donde realice mi internado médico.

A mis docentes, amigos por ser mi pequeña familia durante la carrera.

A mis jurados los doctores Beder Camacho Flores, Edwin Villacorta Vigo y Renzo Ygor Paima Ríos que con sus recomendaciones me ayudaron a mejorar esta tesis y también me ayudaron en el desarrollo personal para fortalecer las enseñanzas aprendidas en la facultad de medicina.

A mi asesor Dr. Javier Vásquez Vásquez, por el tiempo dedicado a esta tesis.

ÍNDICE

PORTADA.....	i
ACTA DE SUSTENTACIÓN DE TESIS.....	ii
MIEMBROS DEL JURADO EXAMINADOR Y ASESOR DE LA TESIS.....	iii
DEDICATORIA.....	iv
AGRADECIMIENTO.....	v
ÍNDICE.....	vi
ÍNDICE DE TABLAS.....	viii
RESUMEN.....	ix
ABSTRACT.....	x
INTRODUCCIÓN.....	1
CAPÍTULO I. MARCO TEÓRICO.....	5
1.1. Antecedentes.....	5
1.1.1. Internacional.....	5
1.1.2. Nacional.....	6
1.1.2. Local.....	6
1.2. Bases teóricas.....	7
1.2.1. Depresión postparto.....	7
1.2.1.1. Detección, prevención y tratamiento.....	8
1.2.1.2. Diagnóstico Diferencial.....	8
1.3. Definición de términos básicos.....	9
CAPÍTULO II: HIPÓTESIS Y VARIABLES.....	12
2.1. Formulación de la hipótesis.....	12
2.1.1. Hipótesis general:.....	12
2.1.2. Hipótesis específicas.....	12
2.2. Variables y su Operacionalización.....	13
2.2.1. Variables.....	13
CAPÍTULO III: METODOLOGÍA.....	18
3.1. Diseño metodológico.....	18
3.2. Diseño muestral.....	18
3.2.1. Población:.....	18
3.2.2. Muestra.....	18
3.3. Técnicas e instrumentos de recolección de datos.....	20
3.3.1. Técnicas.....	20
3.3.2. Instrumento.....	20

3.3.3. Procedimiento de recolección de datos.....	20
3.3.3.1. Solicitud al Hospital Iquitos Cesar Garayar García.....	20
3.3.3.2. Recolección de datos.....	21
3.4. Procesamiento y análisis de datos	21
3.5. Aspectos éticos	21
CAPÍTULO IV: RESULTADOS.....	22
4.1. Determinación de la consistencia interna mediante el coeficiente alfa de cronbach.....	22
4.2. Análisis Univariado	23
4.2.1. Depresión post parto	23
4.2.1. Factores Obstétricos	23
4.2.2. Factores Psicológicos	25
4.2.3. Factores Sociales.....	26
4.3. Análisis Bivariado.....	28
4.3.1. Factores obstétricos asociados a la depresión postparto.....	28
4.2.3. Factores psicológicos asociados a la depresión postparto.....	29
4.2.4. Factores sociales asociados a la depresión postparto.....	31
CAPÍTULO V: DISCUSIÓN.....	33
CAPÍTULO VI: CONCLUSION	33
CAPÍTULO VII: RECOMENDACIÓN	40
CAPÍTULO VIII: BIBLIOGRAFIA	41
Anexo N° 1: Matriz de consistencia.....	46
Anexo N° 02: Aprobación del comité de ética del Hospital Cesar Garayar García...47	47
Anexo N° 03: Consentimiento informado.....	48
Anexo N° 04: Ficha de recolección de datos.....	49
Anexo N° 05: Escala depresión postnatal Edimburgo (EPDS)	53

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla N° 1: Operacionalización de variables.	14
Tabla N° 2: Coeficiente alfa de Cronbach.	22
Tabla N° 3: Depresión postparto en las puérperas atendidas en el Hospital Iquitos, Perú, febrero-marzo-2020.	23
Tabla N° 4: Características obstétricas de las puérperas atendidas en el Hospital Iquitos, Perú, febrero-marzo-2020.	24
Tabla N° 5: Características psicológicas de las puérperas atendidas en el Hospital Iquitos, Perú, febrero-marzo-2020.	25
Tabla N° 6: Características sociales de las puérperas atendidas en el Hospital Iquitos, Perú, febrero-marzo-2020.	27
Tabla N° 7: Asociación entre los factores obstétricos y la depresión postparto de las puérperas atendidas en el Hospital Iquitos, Perú, febrero-marzo-2020.	28
Tabla N° 8: Asociación entre los factores psicológicos y la depresión postparto de las puérperas atendidas en el Hospital Iquitos, Perú, febrero-marzo-2020.	30
Tabla N° 9: Asociación entre los factores sociales y la depresión postparto de las puérperas atendidas en el Hospital Iquitos, Perú, febrero-marzo-2020. .	31

**FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS A LA DEPRESIÓN POSTPARTO
EN PUÉRPERAS ATENDIDAS EN EL HOSPITAL IQUITOS, PERU,
FEBRERO-MARZO-2020**

Valdivia Sanchez, Mac Josue

RESUMEN

La depresión posparto es un trastorno mental debilitante con una alta prevalencia, por ello el presente trabajo tiene por objetivo determinar los factores de riesgo obstétricos, psicológicos y sociales asociados a la depresión posparto en puérperas atendidas en un hospital de Iquitos, durante los meses de febrero-marzo del 2020. Se realizó un estudio observacional, analítico y longitudinal en 250 pacientes, a quienes se aplicó la ficha de recolección de datos y la Escala de Depresión Posnatal de Edimburgo. Los factores de riesgo fueron establecidos mediante el estadístico de Chi-cuadrado (X^2) y aquellos que presentaron significancia estadística ($p < 0.05$) se determinó el riesgo relativo. Se determinó que a las 24 horas el 39 % de las pacientes presentaron depresión posparto y que el 42 % de las pacientes presentaron depresión post parto a los 7 días. Se identificaron factores de riesgo obstétricos como el haber presentado más de 2 gestaciones, tener antecedentes de aborto y no contar con la cantidad adecuada de controles prenatales; los factores de riesgo psicológicos identificados fueron presentar dificultad para concentrarse, no contar con un embarazo planificado y no contar con el apoyo emocional de la pareja; los factores de riesgo sociales identificados fueron tener una edad menor a 18 años o mayor a 35 años, el contar solamente con estudios de primaria, no contar con actividad laboral, no contar con apoyo económico de la pareja y no contar con el apoyo económico de familiares presenta asociación estadísticamente significativa con la depresión posparto ($p < 0.05$)

Palabras clave: depresión posparto, factores de riesgo.

**RISK FACTORS ASSOCIATED WITH POSTPARTUM DEPRESSION IN
PUERPERAS SERVED IN THE HOSPITAL IQUITOS, PERU, FEBRUARY-
MARCH-2020**

Valdivia Sanchez, Mac Josue

ABSTRACT

Postpartum depression is a debilitating mental disorder with a high prevalence, therefore, the present work aims to determine the obstetric, psychological and social risk factors associated with postpartum depression in puerperal women treated in a hospital in Iquitos, during the months of February. -March 2020. An observational, analytical and longitudinal study was conducted in 250 patients, to whom the data collection form and the Edinburgh Postnatal Depression Scale were applied. The risk factors were established by means of the Chi-square statistic (X^2) and those that presented statistical significance ($p < 0.05$) the relative risk was determined. It was determined that at 24 hours 39% of the patients presented postpartum depression and that 42% of the patients presented postpartum depression at 7 days. Obstetric risk factors were identified such as having presented more than 2 pregnancies, having a history of abortion and not having the adequate number of prenatal controls; the psychological risk factors identified were having difficulty concentrating, not having a planned pregnancy and not having the emotional support of the couple; the social risk factors identified were being under 18 years of age or over 35 years of age, having only primary school education, not having work activity, not having financial support from the couple and not having financial support from family members present a statistically significant association with postpartum depression ($p < 0.05$)

Key words: postpartum depression, risk factors

INTRODUCCIÓN

Descripción de la situación problemática:

El parto es una etapa de la gestación que implica una serie de cambios físicos, biológicos, psicológicos y sociales para una mujer.(1)

En el parto se tiene cambios biológicos repentinos , así mismo las hormonas del embarazo pueden proporcionar cambios psicológicos que conllevan a trastornos emocionales.(1,2)

Estudios previos sobre diferentes comunidades muestran que los trastornos mentales en las mujeres se observan principalmente en la edad reproductiva y, luego del nacimiento del niño, aumentando los riesgos de aparición de estos problemas.(3) Por lo tanto, el embarazo y la maternidad se conocen como un período de vulnerabilidad potencial para la salud mental de las mujeres.(4)

La prevalencia mundial de depresión posparto (DPP) a lo largo de la vida fluctúa entre 10 y 20% observándose mayores valores en madres adolescentes (26%).(5-7)

En comparación con las mujeres de los países desarrollados, las mujeres de los países en desarrollo demostraron tasas más altas de depresión postparto.(8) Una revisión sistemática de 28 países desarrollados informó que la prevalencia de los síntomas de la depresión posparto fue de 6 a 13% entre las mujeres en países de ingresos altos.(9). Varios estudios realizados en las zonas rurales de Bangladesh encontraron que la prevalencia de depresión post parto oscilaba entre el 18% y el 35% entre las mujeres rurales.(10)

La madre es la primera persona en emprender el cuidado infantil, y la depresión materna tiene un efecto significativo en el desarrollo infantil, que necesita atención especial.

Las madres deprimidas en comparación con las madres no deprimidas tienen poca afectividad con sus bebés, este problema provoca la reducción del tiempo de cuidado de la madre hacia el niño.(1) En consecuencia, la madre se vuelve cada vez más indiferente hacia su bebé y puede mostrarle un comportamiento más agresivo y dedicar menos tiempo a la crianza.(11) Los hijos de madres deprimidas después del parto poseen niveles de CI más bajos

en comparación con los hijos de madres no deprimidas, estos niños sufren una muerte más repentina en comparación con los hijos de madres sanas.(12) Los hijos de madres deprimidas presentan dificultades de la inteligencia lingüística; en el futuro.(13)

Este trastorno mental en la madre causa discrepancias en toda la familia.(13).Esto puede llevar a graves conflictos y, finalmente, puede ser causa de separación familiar.(14) Los efectos económicos de la depresión materna son considerables. Estas madres no pueden cumplir con sus responsabilidades sociales, familiares y de trabajo. Por lo tanto, una parte importante de la fuerza de trabajo activo en la sociedad se afecta, además de los daños aparentes a la economía de la familia, otros problemas económicos serían el tratamiento a largo plazo.(14)

De acuerdo con las dimensiones de la depresión posparto y sus numerosos efectos en la madre, el niño, la familia, el estatus ocupacional y, finalmente, el impacto en la comunidad. Por lo tanto, es muy importante pensar más en este problema. Para evitar complicaciones ya mencionadas.

Formulación del problema

¿CUÁLES SON LOS FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS A LA DEPRESIÓN POSPARTO EN PUÉRPERAS ATENDIDAS EN EL HOSPITAL IQUITOS, PERÚ, FEBRERO-MARZO-2020?

Objetivos

Generales

- Determinar los factores de riesgo asociados a la depresión posparto en puérperas atendidas en el Hospital Iquitos, Perú, febrero-marzo-2020.

Específicos

- Determinar las características obstétricas, psicológicas y sociales de las pacientes puérperas atendidas en el Hospital Iquitos, Perú, febrero-marzo-2020.
- Determinar los factores de riesgo obstétricos asociados a la depresión posparto en puérperas atendidas en el Hospital Iquitos, Perú, febrero-marzo-2020.
- Determinar los factores de riesgo psicológicos asociados a la depresión posparto en puérperas atendidas el Hospital Iquitos, Perú, febrero-marzo-2020.
- Determinar los factores de riesgo sociales asociados a la depresión posparto en puérperas atendidas en el Hospital Iquitos, Perú, febrero-marzo-2020.

Justificación

Importancia

Los resultados de este estudio revelaran los principales factores de riesgo asociados a depresión posparto con el fin de trabajar de manera multisectorial y multidisciplinaria implicando a todos los niveles, sea individuo, familia, comunidad y direcciones de salud para poder entender y detectar precozmente los factores de riesgo y factores protectores relacionados a una depresión posparto, para así implementar y evaluar métodos para la prevención y tratamiento precoz de la depresión durante el periodo posparto.

Así mismo este estudio contribuye con un valioso aporte para futuras investigaciones con el fin de establecer medidas terapéuticas necesarias de forma oportuna, para disminuir el riesgo de lesiones tanto en el niño como en la madre: hábitos inadecuados (en la alimentación), descuido en sus cuidados puerperales; finalmente este estudio podría mejorar el pronóstico de la paciente y mejorar la calidad de vida de las misma.

Viabilidad

El servicio de Ginecobstetricia atiende aproximadamente 12 partos diariamente entre abdominales y vaginales, la mayoría de ellas viven en distritos cercanos al HAICGG lo que resulta en una fortaleza para el seguimiento a la semana posparto. La herramienta a utilizar que es la Escala de Depresión Postnatal de Edimburgo (EPDS) es una escala muy confiable diseñada para detectar la depresión posnatal y se ha validado en varios países para su uso, Bunevicius et al (2009) demostraron una sensibilidad del 75% (IC 95%: 63.8–86.2), una especificidad del 93% (IC 95%: 84.6–99), un valor predictivo positivo del 50%, un valor predictivo negativo del 97.6% y un área bajo la curva de 0.84.(15)

Limitaciones

El llenado incorrecto de las historias clínicas podría generar conclusiones erróneas.

El seguimiento inadecuado de las puérperas a la semana podría generar pérdidas en la recolección de datos.

CAPÍTULO I. MARCO TEÓRICO

1.1. Antecedentes

1.1.1. Internacional

Kaya & Çiğdem (2019) realizaron un estudio correlacional para investigar el impacto del modo de parto en la aparición de depresión postparto en primíparas aplicando la EPDS, demostraron que existe una asociación inversa entre el nivel educativo y los puntajes de EPDS en el tercer mes ($P = 0.037$). Por otro lado, no se observó una relación significativa entre grupos de edad, ocupación, ingresos y lugar de alojamiento con los puntajes EPDS. El tipo de parto, inducción y episiotomía no se vincularon con las puntuaciones de EPDS.(16)

Meky et al (2019) realizaron un estudio prospectivo para explorar la prevalencia de la depresión posparto, así como la relación entre el modo de parto y la depresión postparto utilizando para ellos la EPDS, concluyendo que la prevalencia de depresión posparto es significativamente mayor en el grupo de cesárea de emergencia a las 8 y 16 semanas postnatales (25% y 19%, respectivamente) en comparación con el grupo de cesárea electiva (21%) o vaginal normal (13%). La puntuación media de la EPDS en el grupo de parto vaginal normal en ambas evaluaciones fue significativamente más baja que en los grupos de cesárea de emergencia y cesárea electiva. Demostraron que hubo una fuerte relación entre el modo de parto y la depresión posparto. La cesárea de emergencia mostró una correlación más fuerte que la cesárea electiva.(17)

Faisal-Cury & Menezes (2018) realizaron un estudio de cohorte prospectivo para evaluar la relación entre el tipo de parto y la depresión materna, entre 6 y 16 meses después del parto, los síntomas depresivos se evaluaron utilizando el cuestionario de autoinforme (SRQ-20). El tipo de parto se clasificó como parto vaginal espontáneo no complicado, parto vaginal complicado y parto por cesárea, concluyendo que no hubo asociación significativa entre el tipo de parto y la depresión materna.(18)

Eckerdal et al (2018) realizaron un estudio cohorte prospectivo con el objetivo de establecer la asociación entre el modo de parto y la depresión posparto, como resultados principales determinaron que las mujeres que tuvieron un parto por cesárea de emergencia tenían un mayor riesgo de depresión posparto 6 semanas después de este (RR:1,45, IC95%: 1,04-2,01). La extracción con vacuum se asoció indirectamente con un mayor riesgo de depresión posparto, el miedo al parto aumentaron las probabilidades de depresión posparto; concluyendo que las mujeres que realizan el parto por cesárea de emergencia o extracción por vacuum constituyen un grupo de alto riesgo para la depresión posparto.(19)

1.1.2. Nacional

Masías & Arias (2018) realizaron un estudio prospectivo en el centro de salud del distrito de Alto Selva Alegre de la ciudad de Arequipa concluyendo que el 45% de las puérperas presentan riesgo de depresión postparto, el grado de instrucción es inversamente proporcional con los niveles de depresión postparto, pero no hubo diferencias significativas en función del tipo de parto ni el estado civil de las madres.(20)

Figuroa et al (2008) realizaron un estudio con el objetivo de establecer asociación entre sintomatología depresiva y casos probables de depresión mayor según factores psicosociales en tres hospitales de Lima, Perú: Instituto Nacional Materno Perinatal (INMP), Hospital Nacional Docente Madre Niño San Bartolomé (HONADOMANI) y Hospital Nacional Arzobispo Loayza (HNAL). Utilizaron para ello la EPDS. La prevalencia fue de 34.1%; dentro de los factores de riesgo asociados determinaron relación con antecedente de aborto (OR=1.71;IC95%:1.15-2.54; $p<0.01$), no planificación de embarazo (OR: 1.81; IC95%: 1.23-2.66; $p<0.01$), apoyo emocional (OR:0.45; IC95%: 0.26-0.78; $p<0.01$), apoyo afectivo (OR: 0.29; IC95%: 0.19-0.43; $p<0.05$), antecedente de violencia (OR:3.96; IC95%: 2.68-5.85; $p<0.01$). (21)

1.1.2. Local

Acosta et al (2016) realizaron un estudio descriptivo-correlacional con la finalidad de establecer la relación entre los factores demográficos, obstétricos, socioeconómicos y la depresión en gestantes adolescentes atendidas en el

Centro de Salud Moronacocha, ubicada en la ciudad de Iquitos, concluyendo que existe relación estadísticamente significativa entre el estado civil ($p=0,018$), antecedentes depresivos ($p=0,007$) e ingreso económico ($p=0,000$) con la depresión postparto, mientras que no existe relación estadísticamente significativa entre la dependencia económica ($p=0,477$); edad ($p=0,962$); procedencia ($p=0,753$); paridad ($p=0,892$); edad gestacional ($p=0,260$). (22).

1.2. Bases teóricas

1.2.1. Depresión postparto

Se puede aplicar este término al episodio actual o, si actualmente no se cumplen todos los criterios para un episodio de depresión mayor, si el inicio de los síntomas del estado de ánimo se produce en las cuatro semanas después del parto, lo cual se puede prolongar hasta los 6 meses. (23,25)

El diagnóstico de depresión postparto se puede realizar aplicando EPDS para depresión postparto” la cual fue creada en 1987 en Escocia para corroborar el diagnóstico de depresión puerperal y aprobada el mismo año por la ONU (Organización de Naciones Unidas), OMS y UNICEF (Fondo de las Naciones Unidas para la infancia. (24)

La depresión posparto es un trastorno donde la mayoría de casos requieren tratamiento y la falla en el diagnóstico puede provocar graves consecuencias como lo son el suicidio materno e infanticidio.(25,26) La depresión posparto puede ser diagnosticada y tratada en centros de atención primaria, derivando al nivel secundario solo casos seleccionados de mayor severidad.(27)

1.2.1.1. Factores de riesgo para la depresión postparto

Los estudios de investigación han demostrado sistemáticamente que los siguientes factores de riesgo son fuertes factores predictivos de depresión posparto: depresión o ansiedad durante el embarazo, eventos estresantes de la vida reciente, apoyo social deficiente y antecedentes de depresión. Los factores moderadores de la depresión posparto son el estrés infantil, la baja autoestima, y el temperamento infantil difícil.(8,28) Los factores predictivos pequeños incluyen complicaciones obstétricas y del embarazo, atribuciones cognitivas negativas, estado civil soltero, mala relación con la pareja y nivel socioeconómico más bajo, incluidos los ingresos. No se encontró ninguna

relación por etnia, edad materna, nivel de educación, paridad o sexo del niño (en las sociedades occidentales).(17)

1.2.1.1. Detección, prevención y tratamiento.

Si bien la depresión posparto es un problema de salud importante para muchas mujeres de diversas culturas, esta condición a menudo permanece sin diagnosticar.(8) Aunque se han creado varias medidas para detectar la sintomatología depresiva en mujeres que han dado a luz recientemente, el desarrollo de un programa de detección de depresión posparto requiere una cuidadosa consideración. Se deben tomar decisiones basadas en la evidencia con respecto a: (8)

(1) la prueba de detección más efectiva que no solo tiene buena sensibilidad y especificidad, sino que es rápida, fácil de interpretar, se incorpora fácilmente a la práctica y es culturalmente sensible; y

(2) problemas del sistema de atención médica, como la rentabilidad, el daño potencial y las políticas de referencia.

Auspiciosamente, las investigaciones preliminares sugieren que la depresión posparto es susceptible de intervenciones de tratamiento, por lo que proporciona una justificación para el desarrollo de un programa de detección. (17).

1.2.1.2. Diagnóstico Diferencial.

Tristeza postparto, Tristeza por el recién nacido o “baby blues”: Se caracteriza por ser el trastorno del ánimo más frecuente en el puerperio. Presenta una prevalencia de 30-75% en las mujeres, con inicio durante los primeros 3 a 4 días postparto y con una duración de horas a días, no más de 1 semanas. Los síntomas son leves, entre ellos labilidad emocional, facilidad para el llanto, irritabilidad, problemas de sueño y apetito. Éste trastorno no requiere tratamiento, ya que es autolimitado. Sin embargo es importante diagnosticarlo debido a que presenta un riesgo aumentado de evolucionar a DPP y hasta un 20 % de las mujeres lo desarrollan en el primer año postparto.(25,29,30)

Psicosis Postparto: Es el trastorno afectivo más severo en el postparto, sin embargo es poco común, con una prevalencia de 0.1% -0.2%, ocurriendo

aproximadamente en cada 1-2 casos por 1000 partos. El inicio suele ser rápido entre las primeras 48 a 72 horas postparto y hasta las 2 semanas. Presentando una duración de semanas y la sintomatología se caracteriza por episodios de depresión o estados de euforia, labilidad emocional, ilusiones y alucinaciones. La mayoría de los casos requieren tratamiento médico y hospitalización. Cierta evidencia sugiere que los casos de psicosis puerperal, cumplen criterios de trastorno bipolar y aunque el pronóstico es muy favorable, las mujeres se encuentran en riesgo de desarrollar episodios de bipolaridad no puerperales.(25,29)

1.3. Definición de términos básicos

Depresión mayor: Criterios Diagnósticos: (23)

A. Cinco (o más) de los síntomas siguientes han estado presentes durante el mismo período de dos semanas y representan un cambio del funcionamiento anterior; al menos uno de los síntomas es (1) Estado de ánimo deprimido o (2) pérdida de interés o de placer.

Nota: No incluye síntomas que se puedan atribuir claramente a otra afección médica

1. Estado de ánimo deprimido la mayor parte del día, casi todos los días, según se desprende de la información subjetiva (p. ej., se siente triste, vacío o sin esperanza) o de la observación por parte de otras personas (p. ej., se le ve lloroso). (Nota: En niños y adolescentes, el estado de ánimo puede ser irritable.)

2. Disminución importante del interés o el placer por todas o casi todas las actividades la mayor parte del día, casi todos los días (como se desprende de la información subjetiva o de la observación).

3. Pérdida importante de peso sin hacer dieta o aumento de peso (p. ej., modificación de más del 5% del peso corporal en un mes) o disminución o aumento del apetito casi todos los días. (Nota: En los niños, considerar el fracaso en el aumento del peso esperado.)

4. Insomnio o hipersomnia casi todos los días.

5. Agitación o retraso psicomotor casi todos los días (observable por parte de otros; no simplemente la sensación subjetiva de inquietud o enlentecimiento).

6. Fatiga o pérdida de la energía casi todos los días.

7. Sentimientos de inutilidad o de culpabilidad excesiva o inapropiada (que puede ser delirante) casi todos los días (no simplemente el autorreproche o culpa por estar enfermo).

8. Disminución de la capacidad para pensar o concentrarse, o de tomar decisiones, casi todos los días (a partir del relato subjetivo o de la observación por parte de otras personas).

9. Pensamientos de muerte recurrentes (no sólo miedo a morir), ideas suicidas recurrentes sin un plan determinado, intento de suicidio o un plan específico para llevarlo a cabo.

B. Los síntomas causan malestar clínicamente significativo o deterioro en lo social, laboral u otras áreas importantes del funcionamiento.

C. El episodio no se puede atribuir a los efectos fisiológicos de una sustancia o de otra afección médica.

Nota: Los Criterios A–C constituyen un episodio de depresión mayor. Los episodios de depresión mayor son frecuentes en el trastorno bipolar I pero no son necesarios para el diagnóstico de trastorno bipolar I. Nota: Las respuestas a una pérdida significativa (p. ej., duelo, ruina económica, pérdidas debidas a una catástrofe natural, una enfermedad o una discapacidad grave) pueden incluir el sentimiento de tristeza intensa, rumiación acerca de la pérdida, insomnio, falta del apetito y pérdida de peso descritos en el Criterio A, que pueden simular un episodio depresivo. Aunque estos síntomas pueden ser comprensibles o considerarse apropiados a la pérdida, también se debería considerar atentamente la presencia de un episodio de depresión mayor además de la respuesta normal a una pérdida significativa. Esta decisión requiere inevitablemente el criterio clínico basado en la historia del individuo y en las normas culturales para la expresión del malestar en el contexto de la pérdida.

Depresión posparto: Se puede aplicar este término al episodio actual o, si actualmente no se cumplen todos los criterios para un episodio de depresión mayor, si el inicio de los síntomas del estado de ánimo se produce durante el embarazo o en las cuatro semanas después del parto. (23)

Puerperio: Es el periodo que se inicia inmediatamente después del alumbramiento y culmina cuando el aparato genital de la mujer recobra sus condiciones previas a la gravidez, aproximadamente unas 6 semanas luego del parto. Etapas:(31)

Puerperio inmediato: incluye hasta las primeras 24 horas del posparto.

Puerperio mediano: comprende desde las 24 horas hasta las 6 ss del posparto. Se subdivide en:

-puerperio temprano: hasta los primeros 7 días del posparto

-puerperio tardío: desde los 8 días hasta 42 días del posparto

Factores de riesgo: Cualquier rasgo, característica o exposición de un individuo que aumente su probabilidad de sufrir una enfermedad, trastorno o lesión.

CAPÍTULO II: HIPÓTESIS Y VARIABLES

2.1. Formulación de la hipótesis

2.1.1. Hipótesis general:

H_i: Existe asociación entre los factores de riesgo y la depresión posparto en puérperas atendidas en el Hospital Iquitos, Perú, febrero-marzo-2020.

H₀: No existe asociación entre los factores de riesgo y la depresión posparto en puérperas atendidas en el Hospital Iquitos, Perú, febrero-marzo-2020.

2.1.2. Hipótesis específicas

Hipótesis específica 1:

H_{i(1)}: Existe asociación entre los factores de riesgo obstétricos y la depresión posparto en puérperas atendidas en el Hospital Iquitos, Perú, febrero-marzo-2020.

H₀₍₁₎: No existe asociación entre los factores de riesgo obstétricos y la depresión posparto en puérperas atendidas en el Hospital Iquitos, Perú, febrero-marzo-2020.

Hipótesis específica 2:

H_{i(2)}: Existe asociación entre los factores de riesgo psicológicos la depresión posparto en puérperas atendidas en el Hospital Iquitos, Perú, febrero-marzo-2020.

H₀₍₂₎: No existe asociación entre los factores de riesgo psicológicos y la depresión posparto en puérperas atendidas en el Hospital Iquitos, Perú, febrero-marzo-2020.

Hipótesis específica 3:

$H_{1(3)}$: Existe asociación entre los factores de riesgo sociales y la depresión posparto en puérperas atendidas en el Hospital Iquitos, Perú, febrero-marzo-2020.

$H_{0(3)}$: No existe asociación entre los factores de sociales y la depresión posparto en puérperas atendidas en el Hospital Iquitos, Perú, febrero-marzo-2020.

2.2. Variables y su Operacionalización

2.2.1. Variables

Independiente:

Factor de Riesgo

Dependientes:

Depresión posparto.

Tabla N° 1: Operacionalización de variables.

VARIABLE	DEFINICION CONCEPTUAL	TIPO POR SU NATURALEZA	INDICADOR		ESCALA DE MEDICIÓN	CATEGORIAS	VALORES DE LAS CATEGORÍAS	MEDIO DE VERIFICACION
Factor de Riesgo (INDEPENDIENTE)	Es cualquier condición, característica o circunstancias detectable que predispone la presentación de un evento	Cualitativa	Factores Obstétricos	N° de gestaciones	Nominal	(1)	> 2	Encuesta
						(2)	1 a 2	
				Antecedentes de aborto.	Nominal	(1)	Si	
						(2)	No	
				Hijos fallecidos.	Nominal	(1)	Si	
						(2)	No	
				Número de controles prenatales adecuados.	Nominal	(1)	No (<6)	
						(2)	Si (≥6)	
				Enfermedades durante el embarazo.	Nominal	(1)	Si	
						(2)	No	
				Tipo de parto	Nominal	(1)	Cesárea	
						(2)	Parto Vaginal	
				Complicaciones durante el parto.	Nominal	(1)	Si	
						(2)	No	
Dificultades para la LME	Nominal	(1)	Si					
		(2)	No					

				Enfermedades del neonato.	Nominal	(1)	Si		
						(2)	No		
			Factores Psicológicos	Presencia del estado de ansiedad.	Nominal	(1)	Si		
							(2)	No	
				Presencia de melancolía.	Nominal	(1)	Si		
							(2)	No	
				Sentimientos de culpa.	Nominal	(1)	Si		
							(2)	No	
				Dificultad para concentrarse.	Nominal	(1)	Si		
							(2)	No	
				Dificultades para cuidar a su bebé.	Nominal	(1)	Si		
							(2)	No	
				Embarazo planificado.	Nominal	(1)	No		
							(2)	Si	
			Antecedentes de depresión.	Nominal	(1)	Si			
						(2)	No		
			Presencia de estrés.	Nominal	(1)	Si			
						(2)	No		
			Apoyo emocional de familiares.	Nominal	(1)	Si			
						(2)	No		
			Apoyo emocional de la pareja.	Nominal	(1)	Si			
						(2)	No		

			Factores Sociales	Edad	Nominal	(1)	< 18 años o > 35 años
						(2)	De 18 a 35 años
				Distrito	Nominal	(1)	Belén
						(2)	Iquitos
						(3)	Punchana
						(4)	San Juan
						(5)	Nauta
				Grado Académico	Ordinal	(1)	Primaria
						(2)	Secundaria
						(3)	Superior
				Tiene actividad laboral.	Nominal	(1)	No
						(2)	Si
				Pareja con actividad Laboral.	Nominal	(1)	No
						(2)	Si
				Apoyo económico de la pareja.	Nominal	(1)	No
						(2)	Si
				Convivencia con la pareja.	Nominal	(1)	No
						(2)	Si
				Apoyo económico de familiares.	Nominal	(1)	No
						(2)	Si

				Consumo de sustancias nocivas.	Nominal	(1)	Si	
						(2)	No	
VARIABLE	DEFINICION CONCEPTUAL	TIPO POR SU NATURALEZA	INDICADOR		ESCALA DE MEDICIÓN	CATEGORIAS	VALORES DE LAS CATEGORÍAS	MEDIO DE VERIFICACION
Depresión posparto (DEPENDIENTE)	Episodio actual, donde no cumplen todos los criterios de depresión mayor y el inicio de los síntomas se produce en las cuatro semanas después del parto	Cualitativa	EPDS		Nominal	Sin riesgo de depresión	<10 puntos	EPDS
						Depresión postparto	≥10 puntos	

CAPÍTULO III: METODOLOGÍA

3.1. Diseño metodológico

3.1.1. Método de investigación

Analítico: Se estudia los factores de riesgo asociado a la depresión posparto (DPP).

Observacional: No experimental, no se manipula la variable independiente

Longitudinal: Las puérperas al momento de la entrevista, no se cual tiene DPP por lo que aplico EPDS para encontrar la frecuencia de aparición del evento (incidencia). Se tiene que hacer obligatorio el seguimiento a la semana para descartar la variable confusión tristeza postparto.

3.2. Diseño muestral

3.2.1. Población:

Puérperas cuyos partos hayan sido atendidos en el departamento de Gineco-Obstetricia del Hospital Iquitos Cesar Garayar García.

3.2.2. Muestra

En el HAICGG se atienden en promedio 360 partos por mes. La población está constituida por madres puérperas atendidas en el departamento de Ginecobstetricia del HAICGG durante los meses de febrero a marzo del 2020 que es aproximadamente 720 partos:

Fórmula para determinar tamaño de la muestra (n):

$$n = \frac{z^2 pq N}{e^2 (N-1) + z^2 pq}$$

n : Tamaño de muestra

p : Proporción de puérperas que se espera presenten depresión postparto (0,5)

q : Proporción de puérperas que se espera no presenten depresión postparto (1 - p: 0,5)

e : Error estándar de 0,05

Z : 1,96

N: Población (total de pacientes atendidas)

Donde N= 720; por lo tanto, n= 250

Mediante la aplicación de la fórmula para poblaciones finitas se obtuvo una muestra de 250 pacientes. Según el libro de registros del servicio de Ginecoobstetricia de cada 7 partos 2 son por cesárea, por lo que se consideró aproximadamente el 30 % de la muestra para este grupo (cesárea). El tipo de muestreo fue de tipo probabilístico estratificado sistemático, es decir, del total de la muestra el 30 % (76 pacientes) estuvo conformado por puérperas cuyo parto fue por cesárea y el 70 % del total de la muestra (174 pacientes) estuvo conformado por puérperas cuyo tipo de parto fue vaginal. Las puérperas fueron seleccionadas por muestreo probabilístico sistemático, es decir, se seleccionaron dividiendo la población (720) entre la muestra (250), en base a ello se estableció cada cuantos usuarios fueron seleccionados. De esta manera se seleccionó la muestra cada 3 de todas las puérperas del libro de registro de ginecoobstetricia. Respecto a las pacientes con tipo de parto por cesárea si el número es inferior a 5 partos, el muestreo se realizó cada 2 pacientes

a. Criterios de Inclusión:

- Pacientes puérperas atendidas en el departamento de Ginecoobstetricia del HAICGG durante los meses de febrero-marzo del 2020.
- Puérperas que cursen con el puerperio inmediato y mediato-temprano
- Pacientes puérperas quienes acepten participar en el estudio mediante consentimiento informado escrito.

b. Criterios de Exclusión:

- Puérperas que cursen con el puerperio mediato tardío
- Puérperas analfabetas, con incapacidad para comprender o responder preguntas.
- Puérperas con discapacidad visual.
- Puérperas que presenten trastornos mentales identificados antes del parto, excepto depresión mayor.
- Puérperas que durante el desarrollo del proyecto luego de firmar el consentimiento informado no deseen continuar en el estudio.

3.3. Técnicas e instrumentos de recolección de datos

3.3.1. Técnicas

3.3.1.1. Abordaje durante hospitalización: técnica que permitió la recolección de datos de la participante durante las primeras 24 horas posparto, es decir, durante su hospitalización.

3.3.1.2. Visita domiciliaria: técnica que permitió la recolección de datos en el domicilio de la participante a los 7 días posparto.

3.3.1.3. Encuesta: técnica que permitió la aplicación de la ficha de recolección de datos y la Escala de Depresión Posnatal de Edimburgo.

3.3.2. Instrumento

3.3.2.1. Ficha de recolección de datos: documento estructurado, tomado del estudio realizado por Atencia (2015) que cuenta con preguntas referidas a los factores de riesgo en estudio (factores obstétricos, psicológicos y sociales).(32)

3.3.2.2. Escala de Depresión Posnatal de Edimburgo: Escala desarrollada para identificar a las mujeres que pueden presentar depresión después del parto. Cuenta con un total de 10 preguntas y cada respuesta recibe una puntuación de 0 a 3. La puntuación máxima es 30, aquellas con una puntuación mayor o igual a 10 fueron consideradas como pacientes con depresión postparto.

3.3.2.3. Validez y Confiabilidad: La escala de depresión postparto de Edimburgo es un instrumento ampliamente utilizado a nivel mundial para la identificación de esta enfermedad, presenta una alta confiabilidad con un coeficiente alfa de cronbach de 0,853 (Perú) 0.78 Colombia y 0.833 Brasil, 0.72, 0.818 y 0.83 (otros países). (20,33–37)

3.3.3. Procedimiento de recolección de datos

3.3.3.1. Solicitud al Hospital Iquitos Cesar Garayar García.

Se solicitó la autorización al comité de ética del Hospital Iquitos Cesar Garayar García para la recolección de datos dentro del departamento de Ginecoobstetricia. (Anexo N° 02)

3.3.3.2. Recolección de datos

Se captaron a todas aquellas pacientes en etapa de puerperio que fueron atendidas en el departamento de Ginecoobstetricia, fueron seleccionadas de acuerdo a los criterios de inclusión especificados en el ítem 3.2.2., previamente a la recolección de datos se informó a las pacientes sobre el estudio y se les pidió su participación en el estudio mediante la firma del consentimiento informado (Anexo N° 03). Finalmente Se aplicó la ficha de recolección de datos (Anexo N° 04) y la Escala de Depresión Posnatal de Edimburgo (Anexo N° 04).

3.4. Procesamiento y análisis de datos

La información recolectada en la ficha de recolección de datos, fue ingresada en una hoja de cálculo del sistema informático SPSS versión 22.0 a partir de allí se realizó el análisis Univariado de los factores de riesgo y la variable dependiente en estudio mediante estadística descriptiva (tablas de frecuencia y porcentajes). Los factores de riesgo fueron establecidos mediante el estadístico de Chi-cuadrado (X^2) y aquellos que presentaron significancia estadística ($p < 0.05$) se determinó el Riesgo Relativo e intervalos de confianza a través del sistema informático SPSS versión 22.0. Para el cálculo del coeficiente alfa de Crombach (0.05) se estableció un nivel de significancia del 95 %.

3.5. Aspectos éticos

Los autores declaran no presentar conflicto de interés con la ejecución del presente trabajo. El estudio no representó riesgo para la salud de las pacientes, los datos fueron mantenidos en reserva y codificados por parte del investigador. La investigación fue sometida al comité de ética del Hospital Iquitos (Constancia N° 001-CIEI-HICGG-2020).

CAPÍTULO IV: RESULTADOS.

4.1. Determinación de la consistencia interna mediante el coeficiente alfa de cronbach.

Tabla N° 2: Coeficiente alfa de Cronbach.

Ítem	Media de escala si el elemento se ha suprimido	Varianza de escala si el elemento se ha suprimido	Correlación total de elementos corregida	Alfa de Cronbach si el elemento se ha suprimido	Alfa de Cronbach
N1. He sido capaz de reír y ver el lado bueno de las cosas.	7.23	19.092	0.605	0.806	0.83
N2. He visto el futuro con placer.	7.08	18.384	0.591	0.807	
N3. Me he culpado sin necesidad cuando las cosas no salen bien.	6.85	19.339	0.498	0.817	
N4. He estado ansiosa y preocupada sin motivo.	6.8	20.107	0.425	0.825	
N5. He sentido miedo y pánico sin motivo alguno.	6.88	19.748	0.452	0.822	
N6. Las cosas me oprimen o agobian.	7.05	19.576	0.483	0.819	
N7. Me he sentido tan infeliz que he tenido dificultad para dormir.	7.36	19.371	0.59	0.808	
N8. Me he sentido triste y desgraciada.	6.92	18.496	0.625	0.803	
N9. He sido tan infeliz que he estado llorando.	7.32	19.32	0.664	0.802	
N10. He pensado en hacerme daño a mí misma.	7.87	23.063	0.279	0.835	

Fuente: Elaboración propia

En la tabla N° 2 se presenta el análisis de la consistencia interna medida mediante el coeficiente alfa de Cronbach, el valor mostrado fue de 0.830 demostrando así una confiabilidad categorizada como excelente.

4.2. Análisis Univariado

4.2.1. Depresión post parto

Tabla N° 3: Depresión postparto en las puérperas atendidas en el Hospital Iquitos, Perú, febrero-marzo-2020.

Depresión post parto	N	(%)
A las 24 horas		
Sí	98	(39%)
No	152	(61%)
A los 7 días		
Sí	106	(42%)
No	144	(58%)

Fuente: Elaboración propia

En la tabla N° 3 se observa que a las 24 horas el 39 % de las pacientes presentaron depresión postparto y que el 42 % de las pacientes presentaron depresión postparto a los 7 días.

4.2.1. Factores Obstétricos

Se encuestaron 250 puérperas durante los meses febrero y marzo del 2020, las mismas que fueron cuidadosamente seleccionadas según los criterios de inclusión y exclusión propuestos.

En la tabla N° 4 se presentan las características obstétricas de las pacientes que participaron del estudio, se observa que el 54 % de las puérperas presentaron de 1 a 2 gestaciones y el 46 % presentaron más de 2 gestaciones; el 23 % de ellas presentaron antecedentes de aborto; 4 % presentaron antecedentes de hijos fallecidos; el 68 % de las pacientes presentaron controles prenatales en cantidad adecuada (≥ 6); el 66 % presentó enfermedades durante el embarazo. Respecto al tipo de parto el 30 % fueron por cesárea y el resto vía parto vaginal, el 58 % de las puérperas presentaron complicaciones durante el parto. Respecto a la lactancia materna el 34 % de ellas refiere presentar dificultades para realizarlo y el 18 % de las puérperas presentaron neonatos con alguna enfermedad.

Tabla N° 4: Características obstétricas de las púerperas atendidas en el Hospital Iquitos, Perú, febrero-marzo-2020.

Características obstétricas	N	(%)
Gestaciones		
Más de 2	115	(46%)
1 a 2	135	(54%)
Antecedentes de aborto		
Sí	57	(23%)
No	193	(77%)
Hijos fallecidos		
Sí	10	(4%)
No	240	(96%)
Cantidad de controles prenatales adecuados		
Sí	169	(68%)
No	81	(32%)
Enfermedades durante el embarazo		
Sí	166	(66%)
No	84	(34%)
Tipo de parto		
Cesárea	76	(30%)
Parto Vaginal	174	(70%)
Complicaciones durante el parto		
Sí	146	(58%)
No	104	(42%)
Dificultades para la lactancia materna exclusiva		
Sí	84	(34%)
No	166	(66%)
Enfermedades del bebé		
Sí	44	(18%)
No	206	(82%)

Fuente: Elaboración propia

4.2.2. Factores Psicológicos

Tabla N° 5: Características psicológicas de las puérperas atendidas en el Hospital Iquitos, Perú, febrero-marzo-2020.

Características psicológicas	N	(%)
Presencia de ansiedad		
Sí	143	(57%)
No	107	(43%)
Presencia de melancolía		
Sí	177	(71%)
No	73	(29%)
Sentimientos de culpa		
Sí	67	(27%)
No	183	(73%)
Dificultad para concentrarse		
Sí	69	(28%)
No	181	(72%)
Dificultades para cuidar a su bebé		
Sí	32	(13%)
No	218	(87%)
Embarazo planificado		
Sí	121	(48%)
No	129	(52%)
Antecedentes de depresión		
Sí	19	(8%)
No	231	(92%)
Presencia de estrés		
Sí	139	(56%)
No	111	(44%)
Apoyo emocional de familiares		
Sí	223	(89%)
No	27	(11%)
Apoyo emocional de la pareja		
Sí	224	(90%)
No	26	(10%)

Fuente: Elaboración propia

En la tabla N° 5 se presentan las características psicológicas de las pacientes que participaron del estudio, se observa que el 57 % de las pacientes refieren haber presentado ansiedad en el pasado, el 71 % refieren haber presentado episodios de melancolía en el pasado, el 27 % de las pacientes refieren haber presentado sentimientos de culpa en el pasado, el 27,9 % (70) de las pacientes refieren presentar dificultad para concentrarse, el 13 % refieren presentar dificultades para cuidar a su bebé, el 48 % refieren haber planificado su embarazo, el 8 % refieren presentar antecedentes de depresión, el 56 % de las pacientes refieren sentir estrés, el 89 % refieren tener apoyo emocional de familiares y el 90 % de las pacientes refieren tener apoyo emocional de la pareja.

4.2.3. Factores Sociales.

En la tabla N° 6 se presentan las características psicológicas de las pacientes que participaron del estudio, se observa que el 28 % de pacientes presentaban edades entre 18 a 35 años y el 72 % de pacientes tenían menos de 18 años y más de 35 años. Respecto a la procedencia se observa que la mayoría (44 %) de las pacientes procede del distrito de San Juan, el 28 % del distrito de Belén, el 18 % del distrito de Iquitos y el 1 % del distrito de Punchana. Respecto al grado académico se observa que el 19 % de ellas contaba con estudios de primaria, el 65 % con estudios de secundaria y el 16 % de ellas contaban con algún estudio superior sea este técnico o universitario. El 30 % cuenta con actividad laboral, el 97 % refiere que la pareja cuenta con actividad laboral, el 94 % refiere recibir ayuda económica de la pareja, el 88 % refiere convivir con la pareja, el 70 % refiere contar con apoyo económico de la pareja y el 2 % refiere consumir sustancias nocivas.

Tabla N° 6: Características sociales de las puérperas atendidas en el Hospital Iquitos, Perú, febrero-marzo-2020.

Características sociales		N	(%)
Edad			
	De 18 a 35 años	179	(72%)
	< 18 años o > 35 años	71	(28%)
Distrito			
	Belén	70	(28%)
	Iquitos	45	(18%)
	Punchana	3	(1%)
	San Juan	111	(44%)
	Nauta	21	(8%)
Grado Académico			
	Primaria	48	(19%)
	Secundaria	163	(65%)
	Superior (Técnico/ universitario)	39	(16%)
Tiene actividad laboral			
	Sí	74	(30%)
	No	176	(70%)
Pareja con actividad laboral			
	Sí	242	(97%)
	No	8	(3%)
Apoyo económico de la pareja			
	Sí	236	(94%)
	No	14	(6%)
Convivencia con la pareja			
	Sí	221	(88%)
	No	29	(12%)
Apoyo económico de familiares			
	Sí	175	(70%)
	No	75	(30%)
Consumo de sustancias nocivas			
	Sí	5	(2%)
	No	245	(98%)

Fuente: Elaboración propia

4.3. Análisis Bivariado

4.3.1. Factores obstétricos asociados a la depresión postparto.

Tabla N° 7: Asociación entre los factores obstétricos y la depresión postparto de las púerperas atendidas en el Hospital Iquitos, Perú, febrero-marzo-2020.

Factores obstétricos	Con Depresión Postparto (n=109)		Sin Depresión Postparto (n=141)		p †	Análisis Bivariado	
	n	(%)	n	(%)		rr *	IC 95 %
Gestaciones							
Más de 2	63	(58%)	52	(37%)	0.001	1.61	1.21 - 2.14
1 a 2	46	(42%)	89	(63%)			
Antecedentes de aborto							
Sí	33	(30%)	24	(17%)	0.013	1.47	1.11 - 1.95
No	76	(70%)	117	(83%)			
Hijos fallecidos							
Sí	3	(3%)	7	(5%)	0.376		
No	106	(97%)	134	(95%)			
Cantidad de controles prenatales adecuados (≥6)							
No	45	(41%)	36	(26%)	0.008	1.47	1.12 - 1.93
Sí	64	(59%)	105	(74%)			
Enfermedades durante el embarazo							
Sí	79	(72%)	87	(62%)	0.074		
No	30	(28%)	54	(38%)			
Tipo de parto							
Cesárea	37	(34%)	39	(28%)	0.284		
Parto Vaginal	72	(66%)	102	(72%)			
Complicaciones durante el parto							
Sí	65	(60%)	81	(57%)	0.728		
No	44	(40%)	60	(43%)			
Dificultades para la lactancia materna exclusiva							
Sí	41	(38%)	43	(30%)	0.237		
No	68	(62%)	98	(70%)			
Enfermedades del bebé							
Sí	17	(16%)	27	(19%)	0.465		
No	92	(84%)	114	(81%)			

† Para la estimación de la significancia se usó la prueba estadística de chi2

* Riesgo relativo

Fuente: Elaboración propia

En la Tabla N° 07 se presenta el análisis bivariado entre los factores obstétricos y la depresión postparto, de ellos se observa que el tener hijos fallecidos ($X^2=0.78$, $p = 0.376$), haber presentado enfermedades durante el embarazo ($X^2=3.2$, $p = 0.074$), el tipo de parto ($X^2=1.15$, $p = 0.284$), haber presentado complicaciones durante el parto ($X^2=0.12$, $p = 0.728$), presentar dificultades para la lactancia materna exclusiva ($X^2=1.4$, $p = 0.237$) y el presentar bebés con enfermedades ($X^2= 0.54$, $p = 0.465$) no presenta asociación estadísticamente significativa con la depresión postparto. En cambio sí presentaron asociación estadísticamente significativa el haber presentado más de 2 gestaciones ($X^2=10.83$, $p=0.001$, $RR= 1.61$, $IC=1.21-2.14$), tener antecedentes de aborto ($X^2=6.14$, $p=0.013$, $RR= 1.47$, $IC=1.11-1.95$) y no contar con la cantidad adecuada de controles prenatales ($X^2=6.96$, $p=0.008$, $RR=1.47$, $IC= 1.12-1.93$).

4.2.3. Factores psicológicos asociados a la depresión postparto.

En la Tabla N° 08 se presenta el análisis bivariado entre los factores psicológicos y la depresión postparto, en el que se observa que la presencia de ansiedad ($X^2=1.44$, $p=0.23$), presencia de melancolía ($X^2=0.63$, $p=0.428$), sentimientos de culpa ($X^2=0.05$, $p=0.82$), dificultades para cuidar a su bebé ($X^2= 0.16$, $p =0.689$), antecedentes de depresión ($X^2= 3.2$, $p =0.074$), presencia de estrés ($X^2=0.17$, $p =0.681$) y el contar con apoyo emocional de familiares ($X^2=1.76$, $p =0.185$) no presenta asociación estadísticamente significativa con la depresión postparto. Sin embargo las puérperas que refieren dificultad para concentrarse ($X^2= 3.89$, $p =0.048$, $RR=1.35$, $IC=1.02-1.79$), refieren no haber planificado su embarazo ($X^2= 14.18$, $p <0.001$, $RR=1.75$, $IC=1.29-2.38$) y refieren no contar con apoyo emocional de la pareja ($X^2= 10.25$, $p =0.001$, $RR=1.82$, $IC=1.37-2.41$) presentaron asociación estadísticamente significativa.

Tabla N° 8: Asociación entre los factores psicológicos y la depresión postparto de las puérperas atendidas en el Hospital Iquitos, Perú, febrero-marzo-2020.

Factores psicológicos	Con Depresión Postparto (n=109)		Sin Depresión Postparto (n=141)		p †	Análisis Bivariado	
	n	%	n	%		rr *	IC 95 %
Presencia de ansiedad							
Sí	67	(61%)	76	(54%)	0.23		
No	42	(39%)	65	(46%)			
Presencia de melancolía							
Sí	80	(73%)	97	(69%)	0.428		
No	29	(27%)	44	(31%)			
Sentimientos de culpa							
Sí	30	(28%)	37	(26%)	0.82		
No	79	(72%)	104	(74%)			
Dificultad para concentrarse							
Sí	37	(34%)	32	(23%)	0.048	1.35	1.02 - 1.79
No	72	(66%)	109	(77%)			
Dificultades para cuidar a su bebé							
Sí	15	(14%)	17	(12%)	0.689		
No	94	(86%)	124	(88%)			
Embarazo planificado							
No	71	(65%)	58	(41%)	<0.001	1.75	1.29 - 2.38
Sí	38	(35%)	83	(59%)			
Antecedentes de depresión							
Sí	12	(11%)	7	(5%)	0.074		
No	97	(89%)	134	(95%)			
Presencia de estrés							
Sí	59	(54%)	80	(57%)	0.681		
No	50	(46%)	61	(43%)			
Apoyo emocional de familiares							
No	15	(14%)	12	(9%)	0.185		
Sí	94	(86%)	129	(91%)			
Apoyo emocional de la pareja							
No	19	(17%)	7	(5%)	0.001	1.82	1.37 - 2.41
Sí	90	(83%)	134	(95%)			

† Para la estimación de la significancia se usó la prueba estadística de chi2

* Riesgo relativo

Fuente: Elaboración propia

4.2.4. Factores sociales asociados a la depresión postparto.

Tabla N° 9: Asociación entre los factores sociales y la depresión postparto de las puérperas atendidas en el Hospital Iquitos, Perú, febrero-marzo-2020.

Factores Sociales	Con Depresión Postparto (n=109)		Sin Depresión Postparto (n=141)		p †	Análisis Bivariado	
	n	%	n	%		rr *	IC 95 %
Edad							
< 18 años o > 35 años	41	(38%)	30	(21%)	0.005	1.52	1.16 - 2
De 18 a 35 años	68	(62%)	111	(79%)			
Grado Académico							
Primaria	36	(33%)	12	(9%)	<0.001	2.08	1.62 - 2.65
Secundaria o Superior	73	(67%)	129	(91%)			
Tiene actividad laboral							
No	86	(79%)	90	(64%)	0.01	1.57	1.08 - 2.3
Sí	23	(21%)	51	(36%)			
Pareja con actividad laboral							
No	3	(3%)	5	(4%)	1		
Sí	106	(97%)	136	(96%)			
Apoyo económico de la pareja							
No	10	(9%)	4	(3%)	0.031	1.7	1.18 - 2.45
Sí	99	(91%)	137	(97%)			
Convivencia con la pareja							
No	16	(15%)	13	(9%)	0.181		
Sí	93	(85%)	128	(91%)			
Apoyo económico de familiares							
No	40	(37%)	35	(25%)	0.042	1.35	1.02 - 1.79
Sí	69	(63%)	106	(75%)			
Consumo de sustancias nocivas							
Sí	4	(4%)	1	(1%)	0.171		
No	105	(96%)	140	(99%)			

† Para la estimación de la significancia se usó la prueba estadística de chi2

* Riesgo relativo

Fuente: Elaboración propia

En la Tabla N° 09 se presenta el análisis bivariado entre los factores sociales y la depresión postparto, en el que se observa que el contar con una pareja con actividad laboral ($X^2=1.25$, $p =1.000$), convivir con la pareja ($X^2=1.79$, $p =0.181$) y consumo de sustancias nocivas ($X^2=2.75$, $p =0.171$) no presenta asociación estadísticamente significativa con la depresión postparto. En cambio se observa que el tener una edad menor a 18 años o mayor a 35 años ($X^2=8.07$, $p=0.005$, $RR=1.52$, $IC=1.16-2.00$), el contar con solamente estudios de primaria ($X^2=23.82$, $p =<0.001$, $RR=2.08$, $IC=1.62-2.65$), no contar con actividad laboral ($X^2=6.7$, $p =0.01$, $RR=1.57$, $IC=1.08-2.30$), no contar con apoyo económico de la pareja ($X^2=4.67$, $p =0.031$, $RR=1.7$, $IC=1.18-2.45$) y no contar con el apoyo económico de familiares ($X^2=4.13$, $p =0.042$, $RR=1.35$, $IC=1.02-1.79$).

CAPÍTULO V: DISCUSIÓN

El estudio ha sido realizado en 250 puérperas atendidas en el Hospital Iquitos Cesar Garayar García entre los meses de febrero y marzo del 2020. En esta muestra se determinó la consistencia interna del test de depresión postparto de Edinburgo determinando un alfa de Cronbach de 0.830 clasificado como una confiabilidad excelente, lo cual difiere con los resultados expuestos por Atencia (2015) quien determinó un coeficiente de 0.71 calificando al test como “muy confiable”. Sin embargo los resultados concuerdan con lo obtenido por Masías & Arias (2018) con un coeficiente alfa de Cronbach de 0,853 en un estudio realizado en Arequipa – Perú. (20)

Respecto a los factores obstétricos se ha observado que el tener el tener hijos fallecidos ($X^2=0.78$, $p = 0.376$) presenta una asociación insignificante, lo que corrobora lo reportado por Atencia ($p= 0.469$) y Mercado & Paccori ($p=0.653$) quienes refieren que las variables no presentan asociación. (32,38) El haber presentado enfermedades durante el embarazo ($X^2=3.2$, $p = 0.074$) es también una variable que no se encuentra asociada a esta enfermedad, lo que concuerda con lo expresado por Mercado & Paccori ($p=0.59$) pero difiere lo reportado por Atencia ($p= 0.025$) quien reporta que si existe asociación entre ellas. (32,38)

Respecto al tipo de parto se ha determinado que el parto por cesárea ($X^2=1.15$, $p = 0.284$) no se encuentra asociado a esta enfermedad, lo que corrobora lo reportado por Córdova ($p=0.117$) pero difiere de lo expresado por Kaya & Çiğdem (Atencia ($p= 0.005$) y Delgado ($p=0.009$)). (32,39,40) Garthus-Niege et al determinaron que las madres, que prefieren el parto por cesárea pero que tienen un parto vaginal presentaron mayor riesgo de desarrollar depresión post parto que las que prefieren y tienen un parto vaginal,(41) mientras que las mujeres, que tienen preferencia anteparto por el parto vaginal pero tienen un parto por cesárea, pueden tener un mayor riesgo de depresión post parto en el período posparto temprano.(42) Incluso Meky et al demostraron que la cesárea de emergencia mostró una correlación mayor con la depresión postparto que la cesárea electiva.(17) El haber presentado complicaciones durante el parto ($X^2=0.12$, $p = 0.728$) tampoco se encuentra asociado, lo que difiere de lo reportado por Atencia (2015) quien refiere que el presentar parto con alguna

complicación presenta una alta asociación significativa con la depresión postparto ($p = <0.001$). (32)

Respecto a la lactancia materna no se ha demostrado asociación entre presentar dificultades para realizarla y el desarrollo de depresión postparto ($X^2=1.4$, $p = 0.237$), lo que difiere de lo reportado por Atencia ($p= 0.002$), Shah et al ($p<0.05$) pero concuerda con lo expresado por Córdova ($p=0.347$). (32,39,43) Así mismo el presentar bebés con alguna enfermedades al nacimiento no mostró ser un factor de riesgo ($X^2= 0.54$, $p = 0.465$), lo que concuerda con lo expresado por Córdova ($p=0.686$) lo que difiere de lo reportado por Atencia ($p <0.001$). (32,39)

En cuanto a los factores de riesgo obstétricos que presentaron asociación estadísticamente significativa se encuentran el haber presentado más de 2 gestaciones y la exposición a este factor representa un riesgo de 1.61 veces de desarrollar la enfermedad, pudiendo llegar a ser el riesgo de 2.14 veces ($X^2=10.83$, $p=0.001$, $RR= 1.61$, $IC=1.21-2.14$), la asociación entre las variables difiere de lo reportado por Acosta et al ($p = 0.892$) y Mercado & Paccori ($p=0.177$) quienes reportan que no existe asociación entre presentar más de 2 gestaciones y la depresión postparto ($p= 0.402$). (22,32) De igual manera las púerperas que presentaron antecedentes de aborto presentaron 1.47 veces mayor riesgo de desarrollar la enfermedad pudiendo llegar a ser este riesgo de 1.95 veces ($X^2=6.14$, $p =0.013$, $RR= 1.47$, $IC=1.11-1.95$), lo que concuerda por lo expresado por Córdova ($p<0.001$) quienes también reportaron una asociación significativa entre las variables, los hallazgos difieren de lo reportado por Atencia ($p= 0.402$) y Mercado & Paccori ($p=0.339$). (32,38,39)

Respecto a los controles prenatales, las madres que no presentaron una cantidad adecuada controles prenatales presentaron un riesgo de 1.47 veces de desarrollar la enfermedad, pudiendo llegar el riesgo a ser de 1.93 veces ($X^2=6.96$, $p=0.008$, $RR=1.47$, $IC=1.12-1.93$), la asociación significativa determinada por el estudio difiere de lo reportado por Atencia ($p= 0.101$) y Acosta et al ($p = 0.106$) quienes refieren que la relación es insignificante. (22,32).

En cuanto a los factores de riesgo psicológicos, se ha determinado que las pacientes que refieren sentirse ansiosas ($X^2=1.44$, $p =0.23$) no presenta una asociación significativa con la enfermedad lo que difiere por lo reportado por Atencia (2015) quien reporta que si existe asociación entre estas variables ($p= 0.003$). (32) De igual manera las puérperas que referían episodios de melancolía ($X^2=0.63$, $p=0.428$) y sentimientos de culpa ($X^2=0.05$, $p=0.82$) no presentaron una asociación significativa con la depresión postparto, lo que difiere de lo reportado por Atencia (2015) quien reporta que si existe asociación entre presentar episodios de melancolía ($p= 0.001$) o sentimientos de culpa ($p <0.001$) con la depresión postparto.(32)

Respecto al cuidado del bebé, las madres que refieren tener dificultades para el cuidado de ellos presentaron asociación insignificante con la depresión postparto ($X^2= 0.16$, $p =0.689$), lo que concuerda por lo expresado por Mercado & Paccori ($p=0.07$) y Córdova ($p=0.179$) pero difiere de lo reportado por Atencia ($p= 0.005$). (32,38,39) Presentar antecedentes de depresión también mostró una asociación insignificante ($X^2= 3.2$, $p =0.074$), lo que difiere de lo reportado por Atencia ($p = 0.002$). Acosta et al ($p = 0,.007$), Mercado & Paccori ($p<0.001$) y Córdova ($p=0.017$) quienes reportan que si existe asociación entre estas variables (22,32,38,39)

Las madres que refirieron presentar estrés ($X^2=0.17$, $p =0.681$) y no contar con apoyo emocional de los familiares mostraron una asociación estadísticamente insignificante con la depresión postparto ($X^2=1.76$, $p =0.185$), este hallazgo difiere con lo encontrado por Atencia ($p= 0. 009$) y Mercado & Paccori ($p=0.03$) quienes determinaron que cuando la madre presenta buena relación con la familia y existe apoyo emocional la probabilidad de presentar la enfermedad es menor. (32,38)

En relación a los factores de riesgo psicológicos que presentaron asociación estadísticamente significativa se encuentra el grupo de madres que refieren tener dificultad para concentrarse, siendo el riesgo de 1.35 veces de desarrollar depresión postparto llegando a ser este riesgo de 1.79 ($X^2= 3.89$, $p =0.048$, $RR=1.35$, $IC=1.02-1.79$), lo que difiere de lo reportado por Atencia (2015) quien reporta que si existe asociación entre estas variables ($p = 0.016$). (32)

Las puérperas que refirieron no haber planificado su embarazo presentaron un riesgo de 1.75 veces de desarrollar la enfermedad, pudiendo incrementarse este riesgo a 2.38 veces ($X^2 = 14.18$, $p = < 0.001$, $RR = 1.75$, $IC = 1.29-2.38$), esta asociación altamente significativa corrobora lo reportado por Atencia (2015) ($p = 0.009$) y Mercado & Paccori ($p = 0.008$). (32,38) Así mismo las madres que refieren no contar con apoyo emocional de la pareja ($X^2 = 10.25$, $p = 0.001$, $RR = 1.82$, $IC = 1.37-2.41$) lo que corrobora lo encontrado por Atencia ($p = < 0.001$)¹ Así mismo Mercado & Paccori determinaron que el apoyo emocional de la pareja presenta asociación estadísticamente significativa con la depresión postparto ($p = 0.038$) (32,38)

Respecto a los factores de riesgo sociales, las madres que refieren no contar con una pareja con actividad laboral no presentaron asociación estadísticamente significativa con la depresión postparto ($X^2 = 1.25$, $p = 1.000$), lo que corrobora lo expresado por Mercado & Paccori ($p = 0.35$) pero difiere lo reportado por Atencia (2015) ($p < 0.001$). (32) Las madres que refieren no convivir con la pareja tampoco presenta una asociación significativa con la enfermedad ($X^2 = 1.79$, $p = 0.181$), esto corrobora lo encontrado por Atencia ($p = 0.549$) y Mercado & Paccori ($p = 0.38$). (32,38) El consumir sustancias nocivas tampoco pudo ser considerado un factor de riesgo pues no presenta asociación estadísticamente significativa con la depresión postparto ($X^2 = 2.75$, $p = 0.171$), este hallazgo difiere lo reportado por Mercado & Paccori ($p = 0.05$) y Atencia (2015) ($p = 0.023$) quienes refieren que indican que las madres con hábitos nocivos tienen mayor riesgo de desarrollar depresión postparto. (32,38) . Pero no quiere decir que no sea un factor de riesgo, puede que en el presente estudio no presente asociación estadística, por ello se debe profundizar más en el tema con futuras investigaciones.

Respecto a los factores de riesgo sociales que demostraron significancia estadística se encuentra las madres cuya edad no comprendía entre 18 a 35 años presentaron un riesgo de 1.52 veces de desarrollar depresión postparto, pudiendo incrementarse el riesgo hasta 2 veces ($X^2 = 8.07$, $p = 0.005$, $RR = 1.52$, $IC = 1.16-2.00$), lo que difiere de con el hallazgo de Shah et al ($p = 0.15$), sin embargo ellos consideraron un rango de edad desde los 18 hasta los 44 años.(43) Las madres que solo contaban con estudios de primaria presentaron

un riesgo de 2.08 veces de desarrollar esta enfermedad, pudiendo llegar el riesgo a 2.65 veces ($X^2=23.82$, $p < 0.001$, $RR=2.08$, $IC=1.62-2.65$), lo que corrobora lo encontrado por Mercado & Paccori ($p = 0.044$) y Córdova ($p < 0.001$), (38,39). De igual manera Urdaneta et al refieren que las puérperas que cuentan solo con nivel primario presentaron un mayor riesgo de padecer de dicha enfermedad ($p < 0.001$), ellos atribuyen esta asociación a la falta de información en estas pacientes, las puérperas con un menor nivel educativo tienen tendencia a no informar adecuadamente los síntomas depresivos que puedan presentar, sin embargo estos autores difieren con lo expresado por Loyola ($p=0.270$) quien determinó una asociación insignificante entre las variables.(44,45)

Las madres que refieren no contar con actividad laboral presentaron un riesgo de 1.57 veces de desarrollar la enfermedad, pudiendo incrementarse este riesgo en 2.03 veces ($X^2=6.7$, $p = 0.01$, $RR=1.57$, $IC=1.08-2.03$), la significancia estadística presentada por esta variables difiere de lo encontrado por Atencia ($p= 0.7$), Mercado & Paccori ($p=0.14$) y Loyola ($p > 0.05$). (32,38,45) Sin embargo concuerda con lo demostrado por Sierra et al quienes encontraron una relación estadísticamente significativa entre dichas variables ($p < 0.05$). (46)

De igual manera el estudio evidencia que las madres que refieren no contar con el apoyo económico de la pareja presentan un riesgo de 1.7 veces de desarrollar la enfermedad, pudiendo este riesgo incrementarse hasta 2.45 veces ($X^2=4.67$, $p = 0.031$, $RR=1.7$, $IC=1.18-2.45$), la asociación entre estas variables corrobora lo encontrado por Atencia ($p < 0.001$) y Shah ($p=0.001$) quienes determinaron la asociación altamente significativa entre estas variables, por el contrario los resultados difieren de lo encontrado por Mercado & Paccori ($p=0.81$) quienes determinaron una asociación insignificante. (32,38) Al igual que el factor anterior, las madres que refirieron no contar con el apoyo económico de familiares presentaron un riesgo de 1.35 veces de desarrollar la enfermedad, pudiendo este riesgo incrementarse hasta 1.79 veces ($X^2=4.13$, $p = 0.042$, $RR=1.35$, $IC=1.02-1.79$), este resultado difiere de lo encontrado por Atencia ($p= 0.12$) quien refiere que no existe asociación significativa entre las variables. (32)

CAPÍTULO VI: CONCLUSIONES

- Se determinaron las características obstétricas, psicológicas y sociales de las pacientes puérperas atendidas en el Hospital Iquitos, Perú, febrero-marzo-2020.
- En relación a las características obstétricas el 54 % de las puérperas presentaron de 1 a 2 gestaciones y el 46 % presentaron más de 2 gestaciones; el 23 % de ellas presentaron antecedentes de aborto; 4 % presentaron antecedentes de hijos fallecidos; el 68 % de las pacientes presentaron controles prenatales en cantidad adecuada (≥ 6); el 66 % presentó enfermedades durante el embarazo. Respecto al tipo de parto el 30 % fueron por cesárea y el resto vía parto vaginal, el 58 % de las puérperas presentaron complicaciones durante el parto. Respecto a la lactancia materna el 34 % de ellas refiere presentar dificultades para realizarlo y el 18 % de las puérperas presentaron neonatos con alguna enfermedad.
- En relación a las características psicológicas el 57 % de las pacientes refieren haber presentado ansiedad en el pasado, el 71 % refieren haber presentado episodios de melancolía en el pasado, el 27 % de las pacientes refieren haber presentado sentimientos de culpa en el pasado, el 28 % de las pacientes refieren presentar dificultad para concentrarse, el 13 % refieren presentar dificultades para cuidar a su bebé, el 48 % refieren haber planificado su embarazo, el 8 % refieren presentar antecedentes de depresión, el 56 % de las pacientes refieren sentir estrés, el 89 % refieren tener apoyo emocional de familiares y el 90 % de las pacientes refieren tener apoyo emocional de la pareja.
- En relación a las características sociales el 72 % de pacientes presentaban edades entre 18 a 35 años y el 28 % de pacientes tenían menos de 18 años y más de 35 años. Respecto a la procedencia se observa que la mayoría (44 %) de las pacientes procede del distrito de San Juan, el 28 % del distrito de Belén, el 18 % del distrito de Iquitos y el 1 % del distrito de Punchana. Respecto al grado académico se observa que el 19 % de ellas contaba con estudios de primaria, el 65 % con

estudios de secundaria y el 16 % de ellas contaban con algún estudio superior sea este técnico o universitario. El 30 % cuenta con actividad laboral, el 97 % refiere que la pareja cuenta con actividad laboral, el 94 % refiere recibir ayuda económica de la pareja, el 88 % refiere convivir con la pareja, el 70 % refiere contar con apoyo económico de la pareja y el 2 % refiere consumir sustancias nocivas.

- Se determinaron los factores de riesgo obstétricos asociados a la depresión postparto en puérperas atendidas en el Hospital Iquitos, Perú, febrero-marzo-2020, identificando que el haber presentado más de 2 gestaciones ($X^2=10.83$, $p=0.001$, $RR=1.61$, $IC=1.21-2.14$), tener antecedentes de aborto ($X^2=6.14$, $p=0.013$, $RR=1.47$, $IC=1.11-1.95$) y no contar con la cantidad adecuada de controles prenatales ($X^2=$, $p=0.008$, $RR=1.47$, $IC=1.12-1.93$) presenta asociación estadísticamente significativa con la depresión postparto.
- Se determinaron los factores de riesgo psicológicos asociados a la depresión postparto en puérperas atendidas el Hospital Iquitos, Perú, febrero-marzo-2020, identificando que las puérperas que refieren dificultad para concentrarse ($X^2=3.89$, $p=0.048$, $RR=1.35$, $IC=1.02-1.79$), no contar con un embarazo planificado ($X^2=14.18$, $p=<0.001$, $RR=1.75$, $IC=1.29-2.38$) y refieren no contar con el apoyo emocional de la pareja ($X^2=10.25$, $p=0.001$, $RR=1.82$, $IC=1.37-2.41$) presenta asociación estadísticamente significativa con la depresión postparto.
- Se determinaron los factores de riesgo sociales asociados a la depresión postparto en puérperas atendidas en el Hospital Iquitos, Perú, febrero-marzo-2020, identificando que tener una edad menor a 18 años o mayor a 35 años ($X^2=8.07$, $p=0.005$, $RR=1.52$, $IC=1.16-2.00$), el contar solamente con estudios de primaria ($X^2=23.82$, $p=<0.001$, $RR=2.08$, $IC=1.62-2.65$), no contar con actividad laboral ($X^2=6.7$, $p=0.01$, $RR=1.57$, $IC=1.08-2.30$), no contar con apoyo económico de la pareja ($X^2=4.67$, $p=0.031$, $RR=1.7$, $IC=1.18-2.45$) y no contar con el apoyo económico de familiares ($X^2=4.13$, $p=0.042$, $RR=1.35$, $IC=1.02-1.79$) presenta asociación estadísticamente significativa con la depresión postparto.

CAPITULO VII: RECOMENDACIÓN

- Hacer un diagnóstico precoz de la depresión postparto, con hincapié en el examen psicológico de las pacientes puérperas, mediante la aplicación del EPDS el cual ha demostrado ser eficaz para el diagnóstico de la depresión tanto a nivel nacional como internacional y así poder referir a tiempo a un especialista con el fin de brindarle un tratamiento oportuno, a las mujeres más vulnerables y con factores de riesgo como mujeres que no planifican su embarazo, grado de instrucción primaria, falta de apoyo emocional de la pareja y familiares, madres adolescentes.
- También que haya un seguimiento de las pacientes e instar a los entes de salud pública encargados a prestar un poco más de atención y así disminuir problemas que a corto y largo plazo que tiene la depresión posparto.
- Es necesario sensibilizar al personal de salud, para trabajar de una manera multisectorial, no solo con la madre sino también con la pareja, familia, para que se detecten oportunamente los factores de riesgo para la depresión posparto y evitar así que su situación clínica se complique.
- Así mismo este estudio contribuye con un valioso aporte para futuras investigaciones con el fin de establecer medidas terapéuticas necesarias de forma oportuna, para disminuir el riesgo de lesiones tanto en el niño como en la madre

CAPÍTULO VIII: BIBLIOGRAFIA

1. Bahadoran P, Oreizi HR, Safari S. Meta-analysis of the role of delivery mode in postpartum depression (Iran 1997-2011). *J Educ Health Promot.* 2014;3:118.
2. Ukpong DI, Owolabi AT. Postpartum emotional distress: a controlled study of Nigerian women after caesarean childbirth. *J Obstet Gynaecol J Inst Obstet Gynaecol.* febrero de 2006;26(2):127-9.
3. Munk-Olsen T, Laursen TM, Mendelson T, Pedersen CB, Mors O, Mortensen PB. Risks and predictors of readmission for a mental disorder during the postpartum period. *Arch Gen Psychiatry.* febrero de 2009;66(2):189-95.
4. Adefuye PO, Fakoya TA, Odusoga OL, Adefuye BO, Ogunsemi SO, Akindele RA. Post-partum mental disorders in Sagamu. *East Afr Med J.* diciembre de 2008;85(12):607-11.
5. Wisner KL, Parry BL, Piontek CM. Postpartum Depression. *N Engl J Med.* 18 de julio de 2002;347(3):194-9.
6. Josefsson A, Berg G, Nordin C, Sydsjö G. Prevalence of depressive symptoms in late pregnancy and postpartum. *Acta Obstet Gynecol Scand.* 2001;80(3):251-5.
7. Troutman BR, Cutrona CE. Nonpsychotic postpartum depression among adolescent mothers. *J Abnorm Psychol.* 1990;99(1):69-78.
8. Azad R, Fahmi R, Shrestha S, Joshi H, Hasan M, Khan ANS, et al. Prevalence and risk factors of postpartum depression within one year after birth in urban slums of Dhaka, Bangladesh. *PLoS ONE [Internet].* 2 de mayo de 2019;14(5). Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6497249/>
9. Gavin NI, Gaynes BN, Lohr KN, Meltzer-Brody S, Gartlehner G, Swinson T. Perinatal depression: a systematic review of prevalence and incidence. *Obstet Gynecol.* noviembre de 2005;106(5 Pt 1):1071-83.
10. Islam MJ, Baird K, Mazerolle P, Broidy L. Exploring the influence of psychosocial factors on exclusive breastfeeding in Bangladesh. *Arch Womens Ment Health.* 2017;20(1):173-88.
11. O'Hara MW, McCabe JE. Postpartum depression: current status and future directions. *Annu Rev Clin Psychol.* 2013;9:379-407.
12. Posmontier B. Sleep quality in women with and without postpartum depression. *J Obstet Gynecol Neonatal Nurs JOGNN.* diciembre de 2008;37(6):722-735-737.

13. Miyake Y, Tanaka K, Sasaki S, Hirota Y. Employment, income, and education and risk of postpartum depression: the Osaka Maternal and Child Health Study. *J Affect Disord.* abril de 2011;130(1-2):133-7.
14. Kemp B, Bongartz K, Rath W. [Psychic disturbances in the postpartum period: an increasing problem?]. *Z Geburtshilfe Neonatol.* octubre de 2003;207(5):159-65.
15. Bunevicius A, Kusminskas L, Pop VJ, Pedersen CA, Bunevicius R. Screening for antenatal depression with the Edinburgh Depression Scale. *J Psychosom Obstet Gynaecol.* diciembre de 2009;30(4):238-43.
16. Kaya L, Çiğdem Z. The relationship between mode of delivery and postpartum depression. *J Educ Health Promot.* 2019;8:5.
17. Meki HK, Shaaban MM, Ahmed MR, Mohammed TY. Prevalence of postpartum depression regarding mode of delivery: a cross-sectional study. *J Matern-Fetal Neonatal Med Off J Eur Assoc Perinat Med Fed Asia Ocean Perinat Soc Int Soc Perinat Obstet.* 31 de enero de 2019;1-8.
18. Faisal-Cury A, Menezes PR. Type of delivery is not associated with maternal depression. *Arch Womens Ment Health.* 9 de noviembre de 2018;
19. Eckerdal P, Georgakis MK, Kollia N, Wikström A-K, Högberg U, Skalkidou A. Delineating the association between mode of delivery and postpartum depression symptoms: a longitudinal study. *Acta Obstet Gynecol Scand.* marzo de 2018;97(3):301-11.
20. Masías Salinas MA, Arias Gallegos WL. Prevalencia de la depresión post parto en Arequipa, Perú. *Rev Medica Hered.* octubre de 2018;29(4):226-31.
21. Figueroa NL, Contreras H, Quispe EM, Hinostroza W, Hinostroza R, Reyes ET, et al. Factores psicosociales y depresión antenatal en mujeres gestantes. Estudio multicéntrico en tres hospitales de Lima, Perú. Abril a junio de 2008. *Rev Peru Epidemiol.* 2010;14(3):1-8.
22. Acosta B, Pinedo S, Urresti M. Factores socioeconómicos, demográficos, obstétricos, relacionados a la depresión en gestantes adolescentes atendidas en el centro de salud Moronacocha, Iquitos – 2015. [Internet]. [Iquitos - Perú]: Universidad Nacional de la Amazonía Peruana; 2016. Disponible en: <http://repositorio.unapiquitos.edu.pe/handle/UNAP/3298>
23. Asociación Americana de Psiquiatría. Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales [Internet]. 5ta Edición. Arlington-EE.UU; 2013. Disponible en: <http://dsm.psychiatryonline.org/>
24. Cox JL, Holden JM, Sagovsky R. Detection of Postnatal Depression: Development of the 10-item Edinburgh Postnatal Depression Scale. *Br J Psychiatry.* junio de 1987;150(6):782-6.

25. Robertson E, Grace S, Wallington T, Stewart DE. Antenatal risk factors for postpartum depression: a synthesis of recent literature. *Gen Hosp Psychiatry*. 1 de julio de 2004;26(4):289-95.
26. Brockington I. Diagnosis and management of post-partum disorders: a review. *World Psychiatry*. junio de 2004;3(2):89-95.
27. Castañón S C, Pinto L J. Mejorando la pesquisa de depresión posparto a través de un instrumento de tamizaje, la escala de depresión posparto de Edimburgo. *Rev Médica Chile*. julio de 2008;136(7):851-8.
28. Halbreich U, Karkun S. Cross-cultural and social diversity of prevalence of postpartum depression and depressive symptoms. *J Affect Disord*. abril de 2006;91(2-3):97-111.
29. Dennis C-LE, Stewart DE. Treatment of Postpartum Depression, Part 1: A Critical Review of Biological Interventions. *J Clin Psychiatry*. 1 de septiembre de 2004;65(9):1242-51.
30. Newport DJ, Hostetter A, Arnold A, Stowe ZN. The Treatment of Postpartum Depression: Minimizing Infant Exposures. *J Clin Psychiatry*. 1 de julio de 2002;63(suppl 7):31-44.
31. Alvarado J. Alvarado J. Apuntes medico de Peru- Obstetricia. 1era Edición. Lima - Perú: UNMSM; 1994.
32. Atencia S. Factores de riesgo para la depresión posparto en madres adolescentes atendidas en el hospital nacional Daniel Alcides Carrion durante abril – junio, 2015. [Internet] [Tesis para optar al título de Licenciada en Obstetricia]. [Lima - Perú]: Universidad Nacional Mayor de San Marcos; 2015. Disponible en: <http://cybertesis.unmsm.edu.pe/handle/cybertesis/4355>
33. Campo-Arias A, Ayola-Castillo C, Peinado-Valencia HM, Amor-Parra M, Cogollo Z. Escala de Edinburgo para depresión posparto: consistencia interna y estructura factorial en mujeres embarazadas de Cartagena, Colombia. *Rev Colomb Obstet Ginecol*. 2007;58(4):277-83.
34. Matijasevich A, Munhoz TN, Tavares BF, Barbosa APPN, da Silva DM, Abitante MS, et al. Validation of the Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS) for screening of major depressive episode among adults from the general population. *BMC Psychiatry*. 8 de octubre de 2014;14:284.
35. Aydin N, Inandi T, Yigit A, Hodoglugil NNS. Validation of the Turkish version of the Edinburgh Postnatal Depression Scale among women within their first postpartum year. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*. junio de 2004;39(6):483-6.
36. Ortega L, Lartigue T, Figueroa ME. Prevalencia de depresión, a través de la Escala de Depresión Perinatal de Edinburgo (EPDS), en una muestra de mujeres mexicanas embarazadas. *Perinatol Reprod Humana*. 2001;15(1):11-20.


37. Khalifa DS, Glavin K, Bjertness E, Lien L. Postnatal depression among Sudanese women: prevalence and validation of the Edinburgh Postnatal Depression Scale at 3 months postpartum. *Int J Womens Health*. 8 de julio de 2015;7:677-84.
38. Mercado Y, Paccori L. Factores asociados a la depresión en gestantes del Instituto Nacional Materno Perinatal [Internet] [Tesis para optar al título de Licenciada en Obstetricia]. [Lima - Perú]: Universidad Nacional Mayor de San Marcos; 2012. Disponible en: http://cybertesis.unmsm.edu.pe/bitstream/handle/cybertesis/2977/Mercado_hy.pdf?sequence=1
39. Córdova J. Factores asociados a depresión postparto en puéperas atendidas en Hospital II-2 Santa Rosa durante septiembre-diciembre, 2017 [Internet] [Tesis para optar el Título de Médico – Cirujano]. [Piura - Perú]: Universidad Nacional de Piura; 2018. Disponible en: <http://repositorio.unp.edu.pe/handle/UNP/1175>
40. Delgado J. Factores sociales y obstétricos asociados al riesgo de depresión post parto en puerperas atendidas en el Hospital II EsSalud Cajamarca 2018 [Internet] [Tesis para optar al título de Licenciado en Obstetricia]. [Cajamarca - Perú]: Universidad Nacional de Cajamarca; 2019. Disponible en: <http://repositorio.unc.edu.pe/handle/UNC/2868>
41. Garthus-Niegel S, von Soest T, Knoph C, Simonsen TB, Torgersen L, Eberhard-Gran M. The influence of women's preferences and actual mode of delivery on post-traumatic stress symptoms following childbirth: a population-based, longitudinal study. *BMC Pregnancy Childbirth*. 5 de junio de 2014;14:191.
42. Houston KA, Kaimal AJ, Nakagawa S, Gregorich SE, Yee LM, Kuppermann M. Mode of delivery and postpartum depression: the role of patient preferences. *Am J Obstet Gynecol*. febrero de 2015;212(2):229.e1-7.
43. Shah S, Lonergan B. Frequency of postpartum depression and its association with breastfeeding: A cross-sectional survey at immunization clinics in Islamabad, Pakistan. *JPMA J Pak Med Assoc*. agosto de 2017;67(8):1151-6.
44. Urdaneta M J, Rivera S A, García I J, Guerra V M, Baabel Z N, Contreras B A. Factores de riesgo de depresión posparto en puéperas venezolanas valoradas por medio de la escala de Edimburgo. *Rev Chil Obstet Ginecol*. 2011;76(2):102-12.
45. Loyola K. Lactancia Materna Exclusiva como factor asociado a depresión postparto [Internet] [Tesis para optar el Título de Médico – Cirujano]. [Trujillo - Perú]: Universidad Privada Antenor Orrego; 2020 [citado 2 de abril de 2020]. Disponible en: <http://repositorio.upao.edu.pe/handle/upaorep/6027>

46. Sierra J, Carro T, Ladrón E. Variables asociadas al riesgo de depresión postparo. *Aten Primaria*. 2002;30(2):103-11.

Anexo N° 1: Matriz de consistencia

Título	Planteamiento del problema	Objetivos	Hipótesis	Tipo y Diseño de estudio	Población de estudio y procesamiento	Instrumento de recolección
<p>FACTORES ASOCIADOS A LA DEPRESIÓN POSPARTO EN PUÉRPERAS ATENDIDAS EN EL HOSPITAL IQUITOS, PERU, FEBRERO-MARZO-2020</p>	<p>CUÁLES SON LOS FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS A LA DEPRESIÓN POSPARTO EN PUÉRPERAS ATENDIDAS EN EL HOSPITAL IQUITOS, PERU, FEBRERO-MARZO-2020.</p>	<p>Determinar los factores de riesgo asociados a la depresión posparto en puérperas atendidas en el Hospital Iquitos, Perú, febrero-marzo-2020.</p>	<p>Hi: Existe asociación entre los factores de riesgo y la depresión posparto en puérperas atendidas en el Hospital Iquitos, Perú, febrero-marzo-2020.</p> <p>H₀: No existe asociación entre los factores de riesgo y la depresión posparto en puérperas atendidas en el Hospital Iquitos, Perú, febrero-marzo-2020.</p>	<p>Analítico: Se estudia los factores de riesgo asociado a la depresión posparto (DPP).</p> <p>Observacional: No experimental, no se manipula la variable independiente</p> <p>Longitudinal: Las puérperas al momento de la entrevista, no se cual tiene DPP por lo que aplico EPDS para encontrar la frecuencia de aparición del evento (incidencia). Se tiene que hacer obligatorio el seguimiento a la semana para descartar la variable confusión tristeza postparto.</p>	<p>De una población de 720 pacientes se obtuvo una muestra de 250 pacientes. El tipo de muestreo fue de tipo probabilístico estratificado sistemático, el 30 % estuvo conformado por puérperas cuyo parto fue por cesárea y el 70 % estuvo conformado por puérperas cuyo tipo de parto fue vaginal.</p> <p>a. Criterios de Inclusión:</p> <ul style="list-style-type: none"> -Pacientes puérperas atendidas en el departamento de Ginecobstetricia del HAICGG durante los meses de febrero-marzo del 2020. - Puérperas que cursen con el puerperio inmediato y mediato-temprano - Pacientes puérperas quienes acepten participar en el estudio mediante consentimiento informado escrito <p>b. Criterios de Exclusión:</p> <ul style="list-style-type: none"> -Puérperas que cursen con el puerperio mediato tardío - Puérperas analfabetas, con incapacidad para comprender o responder preguntas. - Puérperas con discapacidad visual. - Puérperas que presenten trastornos mentales identificados antes del parto, excepto depresión mayor. - Puérperas que durante el desarrollo del proyecto luego de firmar el consentimiento informado no deseen continuar en el estudio. 	<p>1.Ficha de recolección de datos</p> <p>2.Cuestionario sobre depresión postnatal Edimburgo (EPDS)</p>

Anexo N° 02: Aprobación del comité de ética del Hospital Cesar Garayar García.


"Año de la Universalización de la Salud"
COMITÉ INSTITUCIONAL DE ÉTICA EN INVESTIGACION

CONSTANCIA N° 001-CIEI-HICGG-2020

El Presidente del Comité Institucional de Ética en Investigación del Hospital Iquitos "Cesar Garayar García" Certifica que el anteproyecto de tesis señalado a continuación, fue **APROBADO** para el consentimiento de estudio, siendo catalogado como un **ESTUDIO CON BAJO RIESGO**, visto el resumen y los objetivos del Proyecto de Investigación, se detalla los siguientes datos :

Título del Proyecto: "FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS A LA DEPRESION POSTPARTO EN PUERPERAS ATENDIDAS EN EL HOSPITAL IQUITOS, PERU, FEBRERO – MARZO 2020"

Código de Inscripción: 001-ID-COMITÉ DE ETICA HICGG – 2020

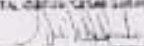
Modalidad de Investigación: Extra Institucional

Investigador Principal: Bach. Medicina Mac Josué Valdivia Sánchez

La **APROBACION** considera el cumplimiento de los estándares del Instituto Nacional de Salud, las Prioridades Regionales de Investigación, el balance riesgo/beneficio y la confidencialidad de los datos, entre otros.

Cualquier enmienda, desviaciones, eventualidad deberá ser reportada de acuerdo a los plazos y normas establecidas. El investigador alcanzará un informe final al término de este. La aprobación tiene vigencia desde la emisión del presente documento (1 año calendario) hasta el 12 de febrero del 2021. Los trámites para su renovación deberán iniciarse por lo menos 30 días previos a su vencimiento.

Iquitos, 12 de febrero del 2020


GOBIERNO REGIONAL DE LORETO
DIRECCIÓN REGIONAL DE SALUD
HOSPITAL CESAR GARAYAR GARCÍA
EL PRESIDENTE INSTITUCIONAL
24/02/20
COMITÉ DE ÉTICA EN INVESTIGACION

Anexo N° 03: Consentimiento informado

Hospital Iquitos

Fecha.....

Yo.....identificado con DNI (carné de extranjería o pasaporte para extranjeros) N°he sido informado

..... acerca del estudio, los beneficios a corto plazo para mi salud y los objetivos que buscan alcanzar con los resultados de esta investigación.

Me ha informado de los riesgos, ventajas y beneficios del procedimiento, así como sobre la posibilidad de desistir de mi participación en cualquier momento del estudio.

He realizado las preguntas que consideré oportunas, todas las cuales han sido absueltas y con repuestas que considero suficientes y aceptables.

Por lo tanto, en forma consciente y voluntaria doy mi consentimiento para formar parte del estudio titulado “FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS A LA DEPRESIÓN POSTPARTO EN PUÉRPERAS ATENDIDAS EN EL HOSPITAL IQUITOS, PERÚ, FEBRERO-MARZO-2020”

Teniendo pleno conocimiento de los posibles riesgos, complicaciones y beneficios que podrían desprenderse de dicho acto.

.....

.....

Firma del paciente o responsable legal

DNI

Firma del profesional

DNI

.....

Firma de un testigo

DNI

Anexo N° 04: Ficha de recolección de datos

INSTRUCCIONES

Lea detenidamente cada uno de los ítems presentados a continuación, luego marque con un aspa (x) la respuesta que Ud. Considere adecuada o correcta.

I. Características sociales:

1.1. ¿En qué rango de edad se encuentra?

1 < 18 años

2 De 18 a 35 años

3 > 35 años

1.2. ¿En qué distrito vive?

1 Belén

2 Iquitos

3 Punchana

4 San Juan

5 Nauta

1.3. ¿Hasta cuál grado académico estudió?

1 Primaria

2 Secundaria

3 Superior(Universitario/Técnico)

1.4. ¿Cuenta en este momento con alguna actividad laboral.

1 No

2 Si

1.5. ¿Su pareja cuenta en este momento con alguna actividad laboral.

1 No

2 Si

1.6. ¿Recibe apoyo económico de la pareja?

1 No

2 Si

1.7. ¿Convivencia con su pareja?

1 No convivo con él

2 Si convivo con él

1.8. ¿Recibe apoyo económico de sus familiares?

1 No

2 Si

1.9. ¿Consumo o ha consumido usted sustancias nocivas como cigarrillos, alcohol u otro tipo de drogas antes o durante su gestación?

1 No consumo sustancias nocivas

2 Si consumo sustancias nocivas

II. Características Obstétricas:

2.1. ¿Cuántas gestaciones hasta el momento ha tenido?

1 más de 2 gestaciones

2 de 1 a 2 gestaciones

2.2. ¿Usted ha tenido algún aborto antes?

1 Si he tenido 1 o más abortos

2 No he tenido abortos

2.3. ¿Tiene algún hijo que haya fallecido?

1 Sí

2 No

2.4. ¿Cuántos controles prenatales ha tenido?

1 menos de 6

2 Más o igual de 6

2.5. ¿Ha sufrido de alguna enfermedad durante el embarazo?, usted puede consultarme si tiene alguna duda sobre esta pregunta.

1 Si

2 No

2.6. ¿Cómo ha sido su parto

1 Cesárea

2 Parto vaginal

2.7. ¿Ha tenido alguna complicación durante el parto?, usted puede consultarme si tiene alguna duda sobre esta pregunta.

1 Si

2 No

2.8. ¿Tiene usted alguna dificultad para la lactancia materna exclusiva?

1 Sí

2 No

2.9. ¿Su bebé ha presentado alguna enfermedad después del parto?

1 Si

2 No

III. Factores psicológicos

3.1. ¿Te has sentido ansiosa? usted puede consultarme si tiene alguna duda sobre esta pregunta.

1 Si

2 No

3.2. ¿Te has sentido melancólica?

1 Si

2 No

3.3. ¿Has tenido sentimientos de culpa por tu embarazo?

1 Si

2 No

3.4. ¿Actualmente, has tenido dificultad para concentrarte?

1 Si

2 No

3.5. ¿A menudo sientes preocupaciones o dificultades para cuidar a tu bebé?

1 Si

2 No

3.6. ¿Tu embarazo ha sido planificado?

1 Si

2 No

3.7. ¿Has tenido depresión antes o durante la gestación?

1 Si

2 No

3.8. ¿Has sentido estrés durante de la gestación?

1 Si

2 No

3.9. ¿Tu familia te apoyó emocionalmente durante el embarazo?

1 Si

2 No

3.10. ¿Recibiste apoyo emocional durante el embarazo por parte de tu pareja?

1 Si

2 No

Anexo N° 05: Escala depresión postnatal Edimburgo (EPDS)

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