



UNIVERSIDAD  
NACIONAL  
AUTÓNOMA DE  
NICARAGUA,  
MANAGUA  
UNAN-MANAGUA

**Recinto Universitario “Rubén Darío”**

**Facultad de Ciencias Médicas**

**Monografía para optar al Título de Doctor en Medicina y Cirugía**

Prevalencia de Depresión Postparto, aplicando la Escala de Edimburgo, en mujeres púerperas atendidas en el Centro de Salud Carlos Lacayo Manzanares en la Ciudad de Mateare.

I semestre 2021.

**Autora:**

- Br. Hilary Johan Baldizon Roa

**Tutor Científico:**

Dr. Guillermo Gosebruch Icaza

Especialista en Psiquiatría

**Tutor Metodológico:**

Dra. Silvia Bove Urbina

Especialista en pediatría

MSc. En Epidemiología

Managua, Nicaragua. Febrero de 2022



## **DEDICATORIA**

*A Dios, por el regalo de la vida, por darme salud, sabiduría y fortaleza para poder culminar una meta más en la vida*

*A mi Mamá Johanna Roa, por apoyarme en cada uno de los momentos buenos o malos y ser mi ejemplo de superación y esfuerzo.*

*A mi Papá Marcos Baldizon q.e.p.d., por enseñarme a ser independiente y siempre seguir mejorando.*

*A mi Hermano, mi ejemplo de optimismo y esfuerzo.*

*A Jean Arguello, por ser el apoyo necesario cada día e impulsarme a seguir adelante.*

***Hilary Johan Baldizon Roa.***



## **AGRADECIMIENTOS**

Quiero agradecer a Dios, por ser nuestro padre celestial que nos da la vida y fuerza necesaria para continuar día a día y que permitió la finalización de este trabajo investigativo.

Agradezco a la Dra. Silvia Bove quien fue tutora de mi investigación. Gracias por motivarme a culminarla, siempre brindarme su tiempo, apoyo, y ser con su ética y entrega profesional una inspiración

Agradezco al Dr. Guillermo Gosebruch también tutor de mi investigación por su aporte científico de conocimiento y experiencia indispensables para la realización de este trabajo.

Agradezco a la Dirección del Centro de Salud Carlos Lacayo Manzanares, por abrirme las puertas y facilitar cada uno de los momentos de investigación

Agradezco a las Enfermeras del Centro de Salud Carlos Lacayo Manzanares, Yoseling Martínez, Rita Rivera y Senovia Estrada por su apoyo incondicional en la recopilación de datos para el estudio.



## **OPINION DEL TUTOR**

Cuando Me solicitaron ser tutor de este trabajo, fue muy alegre ¡no es frecuente el interés en los temas de salud mental! y más cuando plantearon el tema: **“Prevalencia de Depresión Postparto, aplicando la Escala de Edimburgo, en mujeres puérperas atendidas en el Centro de Salud Carlos Lacayo Manzanares en la Ciudad de Mateare. I semestre 2021.** Presentados por *Br. Hilary Johan Baldazo Roa*

Cuando se revisan los temas a investigar son pocos los que abordan la situación de la salud mental de las personas y mucho menos de personas o pacientes con Depresión y sobre todo en un momento tan importante de la vida de nuestras mujeres y de las familias

Los trastornos de la salud mental, que son causante en buena parte de días de vida perdidos, sean estos laborales, o en su vida de desarrollo, nos parece importante conocer cuáles son las condiciones que están presentes, para generar prácticas de promoción de salud mental e intervenciones temprana, si así lo fuera necesario.

En el estudio vemos que es una población joven, con embarazo de alto riesgo quienes tienen el puntaje más alto y corresponde a una posible depresión, en la población general, muchos cuadros depresivos pasan desapercibidos y no medicados o atendidos.

Va a ser un gusto poder compartir con otros profesionales, los resultados de esta investigación que dará pie seguramente a otras nuevas, conocer cuáles son los factores que afectan el buen funcionamiento de nuestras pacientes y las razones que puedan estarlos llevando a tener ideas pesimistas que influyen en la evolución de sus vidas como familia y como madres en estos casos específicos.

Managua, 2 de abril del 2022.

***Dr. Guillermo Gosebruch Icaza***

***Médico Psiquiatra***

***Master en Salud Publica***



## **OPINION DEL TUTOR**

La depresión postparto, también denominada depresión puerperal, es un problema frecuente en las madres durante el primer mes después del nacimiento, y se puede prolongar hasta un año después del parto. Es una patología común y tiene diversas consecuencias, pero la más sobresaliente es el sufrimiento que provoca a la madre cuando padece este trastorno, por lo general, se siente confundida, culpable e incapaz de atender las demandas de las o los recién nacidos, quienes pueden sufrir afectaciones en su desarrollo físico y emocional.

La Escala de depresión postparto de Edimburgo fue creada por lo antes mencionado, para para asistir a los profesionales de la atención primaria de salud y obtener un método de diagnóstico certero que permita la captación oportuna de la enfermedad. Por lo que es de suma importancia su aplicación en la población nicaragüense ya que no existen suficientes antecedentes investigativos para obtener información estadística de la misma.

Hilary Johan Baldizon Roa es pionera en la realización de este estudio descriptivo que abarca la prevalencia de la Depresión postparto, los resultados del estudio dan base para diseñar estrategias de mejora continua de la calidad de la atención en salud a la mujer puérpera. Felicito a Hilary por demostrar compromiso personal con su autoformación como Médico, así como altos valores éticos y compromiso social, características que debe presentar todo Médico con elevada calidad científica.

---

**Dra. Silvia Mayela Bove Urbina**

**Pediatra, MSc. en epidemiología**



## RESUMEN

**Título:** Prevalencia de Depresión Postparto, aplicando la Escala de Edimburgo, en mujeres puérperas atendidas en el Centro de Salud Carlos Lacayo Manzanares en la Ciudad de Mateare. I semestre 2021.

**Introducción:** La Depresión Postparto es una de las enfermedades maternas más comunes que aparece en el período puerperal, puede conllevar graves riesgos para la salud tanto de la madre como del lactante cuando no es tratada. Esta enfermedad es una condición mental y emocional que puede afectar a las mujeres durante el primer año postparto. Por lo que se creó la Escala de Depresión de Edimburgo en el año 1987, y hasta la fecha es el método más utilizado en investigación. Fue desarrollado para ayudar a los profesionales de la salud a seleccionar muestras comunitarias de madres postparto con síntomas depresivos. De ese modo el objetivo general de este estudio es determinar la prevalencia del Síndrome de Depresión Postparto diagnosticado a través de la Escala de Edimburgo.

**Metodología:** Estudio con enfoque cuantitativo, no experimental de tipo descriptivo, retrospectivo, de corte transversal en el Centro de Salud Carlos Lacayo Manzanares durante el 1er semestre del año 2021, se aplicó una entrevista y auto encuesta propia de la Escala de Edimburgo a 97 mujeres puérperas que acudieron a atención postnatal, previo consentimiento informado, con la finalidad de diagnosticar y calcular la prevalencia del Síndrome de Depresión Postparto con una puntuación de corte  $\geq 14$  puntos, así como describir los casos. Se realizó estadística descriptiva y cruce de variables.

**Resultados:** Con respecto a los resultados obtenidos luego de Aplicar la Escala de Depresión postparto de Edimburgo se obtuvieron las siguientes medidas estadísticas: Mínimo puntaje de 0 puntos, Máximo de 23 puntos, una Media de 5.14 puntos, Moda de 0 puntos con 6.633 de Desviación estándar y Varianza de 44.000. Por lo tanto, los resultados de Clasificación fueron los siguientes: 66.0% Depresión no probable, 8.25% Depresión Posible, 11.35% Alta Probabilidad de Depresión y 14.40% Depresión Postparto Establecida.



**Conclusiones:** De las embarazadas a las que se les aplicó la Escala de Depresión postparto de Edimburgo, se obtuvo una tasa de Prevalencia de 14.4%. Con respecto a las Características de las pacientes diagnosticadas se encontró que predominaron las edades < 20 años o Adolescentes, con procedencia en su mayoría urbana, estado civil Soltera, sin empleo formal referido. Así mismo la mayoría tuvo Antecedentes de Embarazo de Alto Riesgo, parto vaginal y presencia de complicaciones del puerperio.

**Palabras Clave:** Escala de Edimburgo, Puerperio, Depresión Postparto.

**Correo Electrónico:** [hbrea31@gmail.com](mailto:hbrea31@gmail.com)

## **INDICE**

<b>DEDICATORIA</b> .....	<b><i>i</i></b>
<b>AGRADECIMIENTOS</b> .....	<b><i>ii</i></b>
<b>OPINION DEL TUTOR</b> .....	<b><i>iii</i></b>
<b>OPINION DEL TUTOR</b> .....	<b><i>iv</i></b>
<b>RESUMEN</b> .....	<b><i>v</i></b>
<b>CAPITULO I GENERALIDADES</b> .....	<b><i>1</i></b>
1.1. INTRODUCCION .....	<b><i>1</i></b>
1.2. ANTECEDENTES.....	<b><i>3</i></b>
1.3. JUSTIFICACIÓN .....	<b><i>6</i></b>
1.4. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA .....	<b><i>7</i></b>
1.5. OBJETIVOS .....	<b><i>8</i></b>
1.6. MARCO TEÓRICO.....	<b><i>9</i></b>
<b>CAPITULO II DISEÑO METODOLÓGICO</b> .....	<b><i>22</i></b>
2.1. TIPO DE ESTUDIO. ....	<b><i>22</i></b>
2.2. ÁREA DE ESTUDIO. ....	<b><i>22</i></b>
2.3. UNIVERSO.....	<b><i>22</i></b>
2.4. MUESTRA.....	<b><i>22</i></b>
2.5. MUESTREO. ....	<b><i>23</i></b>
2.6. UNIDAD DE ANÁLISIS. ....	<b><i>23</i></b>
2.7. CRITERIOS DE SELECCIÓN DE LA MUESTRA.....	<b><i>23</i></b>
2.9. FUENTES DE INFORMACIÓN.....	<b><i>24</i></b>
2.10. MÉTODO, TÉCNICA E INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN.....	<b><i>24</i></b>
2.11. ENUNCIADO DE VARIABLES. ....	<b><i>27</i></b>
2.12. OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES .....	<b><i>29</i></b>
2.13. PLAN DE ANÁLISIS.....	<b><i>33</i></b>
2.14. PLAN DE TABULACIÓN.....	<b><i>34</i></b>
2.15. CONSIDERACIONES ÉTICAS. ....	<b><i>34</i></b>
2.16. LIMITANTES.....	<b><i>34</i></b>
<b>CAPITULO III. DESARROLLO</b> .....	<b><i>35</i></b>
3.1. RESULTADOS.....	<b><i>35</i></b>
3.2. DISCUSIÓN Y ANÁLISIS DE LOS RESULTADOS .....	<b><i>40</i></b>
3.3. CONCLUSIONES .....	<b><i>45</i></b>
3.4. RECOMENDACIONES.....	<b><i>46</i></b>
<b>CAPITULO IV. BIBLIOGRAFÍA</b> .....	<b><i>47</i></b>
<b>CAPITULO V. ANEXOS</b> .....	<b><i>53</i></b>
ANEXO 1. ESCALA DE DEPRESIÓN POSTPARTO DE EDIMBURGO .....	<b><i>53</i></b>
ANEXO 2. CARTA DE SOLICITUD A CENTRO DE SALUD .....	<b><i>54</i></b>
ANEXO 3. INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS .....	<b><i>56</i></b>
ANEXO 4. FORMULARIO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO .....	<b><i>58</i></b>
ANEXO 5. TABLAS DE RESULTADOS.....	<b><i>59</i></b>
ANEXO 6. GRÁFICOS .....	<b><i>69</i></b>

# **CAPITULO I    GENERALIDADES**

## **1.1. INTRODUCCION**

La Depresión Posparto es una de las enfermedades maternas más comunes que aparece en el período puerperal. Se caracteriza por la presencia de un estado de ánimo deprimido, disminución de interés o placer en las actividades con duración mayor a 2 semanas. Complementados de síntomas secundarios entre los que se incluyen: fatiga o pérdida de energía, sentimientos de inutilidad o culpa excesiva o inapropiada, disminución de la capacidad de concentración o pensamientos recurrentes de muerte o suicidio; siempre y cuando el inicio de los cambios en el estado de ánimo se produzca durante el embarazo o en las cuatro semanas después del parto. **(American Psychiatric Association A. , 2013)**

La depresión postparto puede conllevar graves riesgos para la salud tanto de la madre como del lactante cuando no es tratada, especialmente en el grupo de mujeres con depresión postparto que evolucionan hacia su forma más grave llamada psicosis postparto, de las cuales aproximadamente el 5% se suicida y el 4% comete infanticidio. **(Dodson, 2019)**. Los efectos nocivos de la depresión materna se ven incrementados ya que el acceso al tratamiento se afecta por la renuencia de las mujeres a viajar a citas regulares de psicoterapia o sus preocupaciones sobre la transmisión de antidepresivos a su bebé al amamantar. Del mismo modo se ven afectadas culturalmente, porque el parto se enmarca como un evento de vida positivo. **(O'Hara & McCabe, 2013)**.

Por lo antes mencionado fue creada la Escala de Depresión de Edimburgo en el año 1987, y hasta la fecha es el método más utilizado en investigación. Fue desarrollado para ayudar a los profesionales de la salud a seleccionar muestras comunitarias de madres posparto con síntomas depresivos. Esta medida de cribaje se considera una herramienta de detección para depresión postparto altamente sensible (96%), por lo que permite estimar de forma confiable la prevalencia de esta condición. (Albuquerque, et. Al. 2017). La prevalencia de Depresión postparto en promedio a nivel global es de 17% de las mujeres que dan a luz (Shorey, et. Al. 2018).

El objetivo general de este estudio es determinar la prevalencia del Síndrome de Depresión Postparto diagnosticado a través de la Escala de Edimburgo en mujeres de Atención puerperal en el Centro de Salud Carlos Lacayo Manzanares en la Ciudad de Mateare durante el I semestre 2021. Los resultados permitirán desarrollar estrategias de abordaje integral y captación temprana en las puerperas con depresión posparto.

## 1.2. ANTECEDENTES

### 1.2.1. Internacionales

En el año 2018, Shefaly Shorey, Cornelia Chee Yin Ing, Esperanza Debby Ng, Chan Yiong Huak, Wilson Tam Wai San y Chong Yap Sengse realizan una *Revisión Sistemática y metaanálisis: Prevalencia e Incidencia de Depresión postparto de madres sanas*, dirigido por la Universidad de Singapur. Se incluyen estudios que representan todas las regiones geográficas para establecer un promedio global. La incidencia de depresión posparto fue del 12% [IC del 95%: 0,04 a 0,20] mientras que la prevalencia general de la depresión fue del 17% [IC del 95%: 0,15 a 0,20] entre las madres sanas sin antecedentes de depresión. La prevalencia fue similar independientemente del tipo de herramienta de diagnóstico utilizada; sin embargo, hubo diferencias estadísticas en la prevalencia entre diferentes regiones geográficas, con Oriente Medio teniendo la prevalencia más alta 26% y Europa con la más baja 8%.

La mayoría de los estudios aplicaron la Escala de Depresión postnatal de Edimburgo con 16 estudios utilizando una puntuación de corte de 13 para el diagnóstico. La prevalencia fue más alta al 25% después de un año después del parto, de cerca seguido de 7 a 12 meses después del parto al 20%, 4 a 6 meses postparto 16% y luego de 0 a 3 meses 14%. Así mismo (Shorey, Yin Ing Chee, Debby, Chan, & Chong, September, 2018) afirman que: *“mujeres sin antecedentes de depresión pero que estaban deprimidas a los ocho meses postparto fueron encontradas con persistencia de depresión incluso después de que su hijo cumpliera dos años”*.

En la ciudad de Debre Berhan propia de Etiopía durante el año 2018; Abate Dargie Wubetu, Nigus Alemnew Engidaw y Kefyalew Dagne Gizachew realizan el estudio transversal: *Prevalencia de Depresión Postparto y Factores asociados entre las asistentes de atención postnatal*. Donde utilizan la escala de Depresión postparto de Edimburgo para evaluar el grado de afección. Se encontró que la prevalencia de depresión posparto era del 15,6% (IC del 95% = 11,7, 19,8). Ser viudo / viuda, tener un apoyo social deficiente, tener un hijo actualmente hospitalizado y experimentar la muerte de un miembro de la familia o pariente cercano se asociaron significativamente con la depresión posparto.

Las variables encontradas que tenían una asociación mayor con depresión posparto era la hospitalización del niño durante el período posparto encontrando tres veces más probabilidades de estar deprimido en comparación con la encuestada que no tenía un hijo actualmente hospitalizado (Wubetu, Engidaw, & Gizachew, 2020 Mar 30).

Se realizó un estudio de cohorte prospectivo de 2072 mujeres en Sabah, Malasia publicado en el año 2015, por: Aza Sherin Mohamad Yusuff, Li Tang, Colin W. Binns y Andy H. Lee; titulado *Prevalencia y factores de riesgo de depresión posparto*. Las participantes fueron reclutadas a las 36-38 semanas de gestación y se les dio seguimiento a los 1, 3 y 6 meses posparto. La presencia de síntomas depresivos se evaluó mediante la Escala de depresión posnatal de Edimburgo.

En general, el 14,3% de las madres (IC= 95% del 12,5 al 16,2%) habían experimentado depresión durante los primeros seis meses después del parto. Las mujeres deprimidas durante el embarazo (OR= 3,71; IC del 95%: 2,46-5,60) y aquellas con preocupaciones constantes sobre el recién nacido (OR =1,68; IC del 95%: 1,16-2,42) tenían más probabilidades de sufrir depresión después del parto. Las mujeres cuyo marido ayudó con el cuidado infantil (OR 0,43; IC del 95%: 0,20 a 0,97) y las madres que estaban satisfechas con su relación conyugal (OR 0,27; IC del 95%: 0,09 a 0,81) parecían tener un riesgo reducido de depresión posnatal. (Mohamad Yusuff, Tang, Binns, & Lee, 2015)

Continuando en el municipio de medio porte ubicado al extremo Sur de Brasil, durante el año 2013. Juliana Mano Hartmann, Raul Andrés Mendoza-Sassi y Juraci Almeida Cesar realizan el estudio titulado: *Depresión entre puérperas: prevalencia y factores asociados*. El rastreo de la depresión se realizó hasta 48 horas del puerperio inmediato, mediante la utilización de la Escala de Edimburgo, siendo el punto de corte  $\geq 10$ . Obteniendo de las 2.687 mujeres entrevistadas, un 14% (IC95%: 12,9-15,6) se identificaron con depresión.

Factores como depresión anterior, tristeza en el último trimestre del embarazo e historia de depresión en la familia estuvieron asociados a un mayor riesgo para la depresión, así como ser menor edad y ser múltipara. (Hartmann, Mendoza-Sassi, & Cesar, 2017)

En Colombia durante el año 2015, en el hospital Universitario San José de Popayán los autores: Roberth Ortiz, Cristal Gallego, Ednna Buitron, Yohana Meneses, et. Al. Investigan sobre la *Prevalencia de tamiz positivo para Depresión Postparto en un Hospital de tercer nivel y posibles factores asociados*. Se realizó con un total de 194 puérperas, donde se encontró una prevalencia para Depresión postparto de un 40,20% (IC =95%; 33%-47%.)

Con respecto a las patologías obstétricas de alto riesgo, tenemos que el 51,03% presento alguna de estas, la más frecuente fue el trastorno hipertensivo del embarazo, la ruptura prematura de membranas, la Corioamnionitis y restricción del crecimiento intrauterino. (Martinez, y otros, 2016)

### **1.2.2. Nacionales**

A nivel Nacional, fue publicado por la Universidad Nacional Autónoma de Nicaragua en el año 2019 el estudio realizado por Moreno Urquía de título: *Prevalencia de depresión en embarazadas que acuden al control prenatal, centro integral de salud el Jicarito, San Antonio de Oriente, Francisco Morazán. Octubre a diciembre 2018*. En el que utiliza el Test de Hamilton, clasificando la depresión según puntuación obtenida en el test (8 – 12 puntos depresión menor, 13 – 17 puntos menos que depresión mayor, 18 – 54 puntos depresión mayor). La prevalencia fue de 17% de pacientes que presentaron depresión menor y el 8.1 % presentaron depresión mayor. Los síntomas de depresión que más presentaron las puérperas fueron: insomnio tardío e intermedio, síntomas somáticos generales y gastrointestinales, el síntoma que menos presentaron fue ideas de suicidio. (Moreno Urquía, 2019)

Del mismo modo en la Universidad Nacional Autónoma de Nicaragua – León en el año 2017 Rivera, Erland y Robles, Diego realizan el estudio *Prevalencia y factores asociados a la depresión posparto en puérperas egresadas del hospital escuela Oscar Danilo Rosales, HEODRA León- Nicaragua*, utilizando la escala de Edimburgo donde determinaron que la prevalencia de depresión postparto fue de 30%.

En la población de estudio el grupo etario prevalente fue de 20-35 años, haciendo énfasis en la falta de ocupación laboral donde la mayoría de las participantes eran amas de casa. Entre los factores asociados a la depresión posparto presentes fueron dependencia económica y promiscuidad (Rivera & Robles, 2017)

### **1.3. JUSTIFICACIÓN**

El Puerperio es un periodo de transformaciones progresivas de orden anatómico y funcional que hace regresar paulatinamente todas las modificaciones gravídicas. (MINSA, 2020) y es justo ese proceso que se convierte en una etapa de gran impacto para la mujer, no solo a nivel fisiológico, sino también a nivel social y psicológico convirtiéndose en una etapa vulnerable para el desarrollo de trastornos emocionales como la Depresión postparto.

Su prevalencia a nivel global es alta, con una incidencia del 17% en promedio, volviéndose aún mayor en países con bajo nivel de desarrollo económico; (Shorey, Yin Ing Chee, Debby, Chan, & Chong, September, 2018) Sin embargo en esta cifra hay una subestimación bruta y no se puede aplicar a países en desarrollo donde se estima que la prevalencia puede llegar al 60% de las mujeres. (Almond, 2009) La depresión materna puede conllevar graves riesgos de salud tanto para la madre como para el bebé, lo que aumenta el riesgo de complicaciones costosas durante el parto y provoca efectos duraderos o incluso permanentes en el desarrollo y el bienestar del niño. Si no se trata de manera oportuna, puede terminar en Suicidio o Infanticidio.

A nivel nacional existen escasos registros o estudios enfocados a depresión posparto, las normas de la atención puerperal se orientan a la atención de los cambios fisiológicos del puerperio, pasando por alto una evaluación psicológica de rutina, que permita el diagnóstico oportuno de patologías psíquicas en el posparto. El presente estudio pretende determinar la Prevalencia Depresión Postparto, aplicando la Escala de Edimburgo, en mujeres puérperas atendidas en el Centro de Salud Carlos Lacayo Manzanares en la Ciudad de Mateare. I semestre 2021.

Los resultados del estudio permitirán conocer datos esenciales y reales sobre la prevalencia de depresión posparto, que servirán de base para el diseño de estrategias y planes de intervención, por parte del Ministerio de Salud (MINSA), que favorezcan la mejora continua de la calidad en la atención en salud en puérperas, lo que beneficiará al binomio madre-hijo y las familias de la comunidad de Mateare. A su vez permitirá disminuir los costos invertidos en mujeres con psicosis posparto como complicación más frecuente y grave por diagnóstico tardío. El estudio servirá de base para estudios en el futuro de mayor alcance.

## **1.4. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA**

La depresión posparto es una condición mental y emocional que puede afectar a las mujeres durante el primer año posparto. Los países de ingresos bajos y medianos albergan a más del 80% de la población mundial, pero los recursos empleados para el sector salud no se enfocan en la Salud Mental, lo que implica que no todas las mujeres son evaluadas por depresión posparto, y no todas las mujeres reciben tratamiento.

Dado que se sabe que los efectos de la depresión posparto van más allá de la madre, ya que también afecta a la pareja y al niño, puede considerarse un problema emergente de salud pública. Además, la depresión posparto grave o psicosis postparto puede provocar infanticidio y muerte materna, a menudo por suicidio.

En el protocolo de Atención puerperal propuesto por el Ministerio de Salud de Nicaragua, no se realiza el abordaje rutinario y pertinente a la Salud Mental de las pacientes. A nivel Nacional son escasos los estudios realizados para identificar esta condición de Salud y ninguno ha sido tomado en cuenta, aun cuando la prevalencia identificada en el departamento de León en el año 2017 fue de 30% (Rivera & Robles, 2017). Son pocas las medidas desarrolladas en las unidades de salud para mejorar la atención del puerperio con enfoque en Salud Mental.

Por lo tanto, aunque la depresión sigue siendo poco detectada y tratada durante la atención puerperal e implica posibles secuelas que persistirán mucho más allá del período perinatal, influyendo de forma negativa en el funcionamiento social de las mujeres, la realización de este estudio permitirá a las autoridades pertinentes el desarrollo de estrategias que resuelvan la problemática. De ese modo nos planteamos la siguiente interrogante: *¿Cuál es la Prevalencia de Depresión Postparto, aplicando la Escala de Edimburgo, en mujeres puérperas atendidas en el Centro de Salud Carlos Lacayo Manzanares en la Ciudad de Mateare durante el I semestre 2021?*

## 1.5. OBJETIVOS

### **Objetivo general:**

Determinar la Prevalencia Depresión Postparto, aplicando la Escala de Edimburgo, en mujeres puérperas atendidas en el Centro de Salud Carlos Lacayo Manzanares en la Ciudad de Mateare durante el I semestre 2021.

### **Objetivos Específicos:**

- Describir las Características Demográficas de la población en estudio.
- Mencionar los antecedentes Gineco-Obstétricos que presentaron las participantes de atención puerperal.
- Identificar los factores Postnatales que presentaron las pacientes puérperas en estudio.
- Definir los factores Sociales de las pacientes de atención Puerperal.
- Clasificar el grado de Depresión postparto en las participantes mediante el uso de la escala de Edimburgo.

## 1.6. MARCO TEÓRICO

La depresión, históricamente denominada melancolía, se ha clasificado como un trastorno mental que se remonta al siglo XIX, cuando se realizaron los primeros esfuerzos hechos para recopilar información estadística sobre la incidencia de enfermedades mentales. Desde entonces, la depresión mayor se ha incluido en el Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DSM) publicado por primera vez en 1952; sin embargo, la depresión posparto no se reconoce como una categoría de diagnóstico única.

La depresión posparto fue inicialmente clasificada como un subtipo de depresión mayor, listada como "Trastorno depresivo mayor, con inicio posparto" en el DSM-IV y ahora se clasifica como "Trastorno depresivo mayor, con inicio periparto" en el DSM-V publicado en 2013. (Payne & Maguire, 2019)

### **Definición**

El Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales en su actualización del año 2018 define a la depresión posparto como "Trastorno depresivo con especificador" aplicando este término a presentaciones clínicas en las que predominan los síntomas característicos de un trastorno depresivo que causan malestar clínicamente significativo o problemas en los ámbitos social, laboral u otros campos importantes del funcionamiento, pero que no cumplen todos los criterios de ninguno de los trastornos de la categoría diagnóstica de los trastornos depresivos, y que no cumplen los criterios para trastorno de adaptación con estado de ánimo (American Psychiatric Association A. , 2018)

El especificador mencionado en este caso se refiere a un Trastorno con inicio en el periparto: Donde se habla del episodio de depresión mayor más reciente siempre y cuando el inicio de los síntomas del estado de ánimo se produce durante el embarazo o en las cuatro semanas después del parto.

Aunque las estimaciones difieren según el período de seguimiento después del parto, entre un 3% y un 6% de las mujeres experimentarán el inicio de un episodio de depresión mayor durante el embarazo o en las semanas o meses que siguen al parto. El 50% de los episodios de depresión mayor "posparto" comienzan realmente antes del parto. Así pues, estos

episodios se denominan colectivamente episodios del periparto. (American Psychiatric Association A. , 2013)

En la práctica clínica y en la investigación clínica, la depresión posparto se define de manera variable como la depresión que ocurre dentro 4 semanas hasta 12 meses después del parto. (Stewart & Vigod, 2016)

El diagnóstico de depresión mayor requiere la presencia de cinco o más de los siguientes síntomas. Donde siempre debe estar presente uno de los dos principales: estado de ánimo deprimido, disminución de interés o placer en las actividades. (Tolentino & Schmidt, 2018)

Complementados de síntomas secundarios entre los que se incluyen: cambio en el peso corporal (más del 5% en un mes), insomnio, agitación o retraso psicomotor, fatiga o pérdida de energía, sentimientos de inutilidad o culpa excesiva o inapropiada, disminución capacidad de concentración o pensamientos recurrentes de muerte o suicidio ideación. (Tolentino & Schmidt, 2018)

### **Puerperio**

El **Puerperio normal o fisiológico** es un periodo de transformaciones progresivas de orden anatómico y funcional que hace regresar paulatinamente todas las modificaciones gravídicas y que se desarrolla por un proceso de involución de estas hasta casi regresarlas a su estado inicial, a excepción de la glándula mamaria pues en esta etapa es que alcanza su máximo desarrollo y actividad. El período del puerperio se extiende hasta los 60 días. Atendiendo al tipo de evolución que puede tener el puerperio, debemos clasificarlo en:

- **Puerperio Fisiológico:** Cuando no se encuentran signos de peligro y su evolución es normal.
- **Puerperio Patológico:** Cuando la evolución se aleja de los parámetros normales, relaciona con alguna patología como una infección o una hemorragia con la consecuente anemia, pero cualquier enfermedad aguda o crónica, infecciosa o degenerativa pueden provocar una evolución patológica del puerperio. (MINSA, Normas y protocolos para la atención prenatal, parto, recién nacido/a y puerperio. Normativa - 011 Tercera Edición, 2020)

La duración del puerperio se ha fijado en los 60 días posteriores al parto. Según el tiempo transcurrido después del parto se clasifica en:

- Inmediato (primeras 24 horas).
- Propiamente dicho (2do al 10mo día).
- Alejado (11avo al 45avo día y que finaliza muchas veces con el retorno de la menstruación).
- Tardío (45avo al 60avo día). (MINSA, Normas y protocolos para la atención prenatal, parto, recién nacido/a y puerperio. Normativa - 011 Tercera Edición, 2020)

### **Epidemiología**

Durante el período gestacional, la prevalencia de la depresión varía ampliamente entre países, siendo mayor en los países menos desarrollados. Las tasas de prevalencia de depresión durante el embarazo encontrado en estudios de países en desarrollo fueron en su mayoría alrededor del 20%. (Hartmann, Mendoza-Sassi, & Cesar, 2017)

Las estimaciones de prevalencia obtenidas mediante un metaanálisis de 58 artículos a nivel global y estas fueron estadísticamente significativas cuando se estratificaron por regiones geográficas, con Oriente Medio teniendo la prevalencia más alta del 26% (IC del 95% 0,13 - 0,39), seguida de Australia (21%, IC del 95% 0,16 - 0,25), América del Sur (19%, IC del 95% 0,18 - 0,21), Asia (16%, IC 95% 0,13 - 0,20), América del Norte (16%, IC 95% 0,11 - 0,20), África (11%, IC del 95%: 0,05 - 0,17), luego Europa (8%, IC del 95%: 0,05 - 0,11) y no se obtuvieron datos de Centroamérica. (Shorey, Yin Ing Chee, Debby, Chan, & Chong, September, 2018) (Cox & Holden, 1987)

La prevalencia estimada de depresión posparto varía de 6.5 a 12.9% o incluso más en los países de ingresos bajos y medios. (Stewart & Vigod, Postpartum Depression, 2016)

### **Etiología**

No se ha definido un origen concreto para el desarrollo de Depresión postparto, sin embargo, se sostienen teorías sobre su origen.

## **Genética**

Se han implicado factores genéticos en la fisiopatología de la Depresión postparto. La identificación de la contribución genética ha surgido de estudios familiares y de gemelos que sugieren que esta patología recurre en familias. Los estudios de genes candidatos han identificado varios de los mismos polimorfismos que se encuentran en la depresión no perinatal, como el polimorfismo Val66Met de factor neurotrófico. Los estudios de vinculación del genoma completo de más de 1200 mujeres encontraron variaciones en el cromosoma 1q21.3–q32.1 y 9p24.3–p22.3 y en Hemicentin-1 (HMCN1), que contiene varios sitios de unión a estrógenos. Todos parecen aumentar la susceptibilidad a la Depresión postparto. (Vigod & Steward, 2019)

## **Endocrina**

A nivel fisiológico los niveles de estradiol aumentan a 50 veces los niveles más altos del ciclo menstrual en el tercer trimestre del embarazo. Estos niveles vuelven a los niveles foliculares tempranos el día 3 posparto. El estríol y la estrona tardan más en normalizarse. Los niveles de progesterona en plasma aumentan 10 veces más que los niveles más altos del ciclo menstrual en el tercer trimestre. La progesterona se normaliza a niveles foliculares en los días 3– 7 posparto. (Stewart & Vigod, 2019)

Después de 2 semanas posparto, la progesterona aumenta de nuevo y la ovulación puede reanudarse entre 4 y 12 semanas en madres que no amamantan. La hormona luteinizante y la hormona estimulante del folículo son bajas durante el embarazo, permanecen suprimidas durante 2 semanas posparto y regresando a la línea de base patrón a los 3 meses posparto. (Stewart & Vigod, 2019) El eje hipotalámico-pituitario-suprarrenal (HPA) muestra hiperactividad en la adaptación al embarazo. Total, los niveles de cortisol aumentan constantemente durante el embarazo a dos veces los niveles normales, con la fracción libre aumentando a tres veces lo normal. (Stewart & Vigod, 2019)

Estos niveles se logran mediante el aumento de la secreción de hormona liberadora de corticotropina (CRH). Los niveles plasmáticos de esta hormona pueden aumentar hasta 1000 veces el nivel normal durante el embarazo, como resultado de la secreción de esta por la placenta, decidua y membranas fetales. (Stewart & Vigod, 2019)

El cortisol posparto disminuye gradualmente mientras el eje HPA se normaliza. La hormona liberadora de Corticotropina se normaliza rápidamente y el eje HPA muestra supresión en el período posparto inmediato, con respuestas de la hormona adrenocorticotrópica (ACTH) suprimidas. Sin embargo, las glándulas suprarrenales hipertróficas liberan niveles normales de cortisol antes de que el eje alcance el equilibrio. (Stewart & Vigod, 2019)

Hay evidencia de que las mujeres que sufren de la depresión posparto pueden ser diferencialmente sensibles a los efectos de los esteroides gonadales, ya que la retirada del tratamiento supra fisiológico con dosis de estradiol y progesterona aumentan los síntomas depresivos. Además, se ha demostrado que niveles más bajos de oxitocina son un predictor de la depresión posparto, así como de la gravedad de los síntomas (Payne & Maguire, 2019)

### **Factores de Riesgo**

Basándose en la Normativa 011 – Tercera edición “Normas y Protocolos para la Atención Prenatal, Parto, Recién Nacido y Puerperio de Bajo Riesgo” los Factores de Riesgo para depresión posparto son los siguientes:

- Una depresión puerperal anterior
- Enfermedad Mental activa o anterior
- Formar parte de un grupo vulnerable
- Un parto traumático
- El nacimiento de un prematuro o mortinato o la experiencia de la muerte de un recién nacido
- La hospitalización de un lactante en cuidados intensivos
- El antecedente de haber sido una niña desatendida (MINSa, Normas y protocolos para la atención prenatal, parto, recién nacido/a y puerperio. Normativa - 011 Tercera Edición, 2020)

Sin embargo, Shorey et Al. Plantean otra clasificación de Factores de riesgo para depresión posparto, donde los clasifican en: Factores Gineco obstétricos, Factores Postnatales y Factores Sociales. Descartando síntomas como insomnio, falta de apetito y pérdida de peso debido a que en el metaanálisis realizado su asociación a la depresión posparto no es estadísticamente significativa.

## **Características Demográficas de la Depresión Postparto**

**Edad:** La probabilidad de Depresión Postparto es inversamente proporcional a la edad materna. A medida que avanza la edad, la propia mujer mediante sus ingresos y seguridad financiera, apoyos sociales y manejo del estrés tiende a mejorar la crianza de los hijos, lo que daría como resultado en un menor riesgo de Depresión Postparto. Por cada año adicional, existe una reducción del 4% en la posibilidad de desarrollar esta condición, efecto que no es modificado por el número de niños en el hogar (Bottino, Nadanovsky, Moraes, Reichenheim, & Lobato, 2012). Sin embargo, en mujeres con Edad Materna Avanzada o Mayores a 40 años, se experimentan tasas más altas de embarazo con complicaciones, intervención obstétrica y morbilidad que en las madres más jóvenes, lo que contradice parcialmente la relación inversa entre edad y Depresión postparto, ya que hay un aumento más pronunciado de las probabilidades entre las mujeres de 40 a 44 años (OR 3,40; IC del 95%: 2,01 a 5,77). (Muraca & KS, 2014).

**Procedencia:** La prevalencia de depresión posparto fue mayor entre las mujeres que viven en áreas urbanas que entre las que viven en áreas rurales, semirurales o semiurbanas. En las áreas rurales, hubo un gradiente de riesgo no significativo: las mujeres con menos conexión con los centros urbanos más grandes tenían un mayor riesgo de depresión posparto que las mujeres en las áreas con mayor conexión. (Vigod, y otros, 2013)

**Etnia y Raza:** En general las mujeres caucásicas tienen tasas ligeramente más bajas de complicaciones relacionadas con el embarazo y el parto, en comparación con las mujeres negras y latinas. En comparación con otros grupos, las mujeres asiáticas mostraron la mayor tasa de Depresión Postparto, seguida de hispanos y afroamericanos. Las estimaciones indican que las mujeres asiáticas tenían 4,6 veces más probabilidades y las mujeres hispanas 2,7 veces más probabilidades que los blancos de recibir un diagnóstico de Depresión postparto. Las afroamericanas tenían 1,7 veces más probabilidades de recibir el diagnóstico que las mujeres caucásicas. (Liu, 2013)

**Estado Civil:** Estudios previos sugieren que el estado civil predice la depresión posparto. Se ha demostrado que la presencia de una pareja, durante el embarazo se asocia positivamente con el estado mental de la mujer. En la muestra del estudio. Una cuarta parte de la muestra con Depresión postparto estaba casada, el 36% no estaban casados, pero cohabitaban, el 26%

estaban en una relación romántica pero no vivían juntos, y el 13% restante no tenía una relación romántica antes del nacimiento. (Munch & Niemczyk, 2010) Aunque la investigación existente postula que el matrimonio y la estabilidad matrimonial están positivamente asociados con la salud y el bienestar, sugieren que esto es parcialmente atribuible a la calidad de la relación. Es decir, la calidad de la relación (no el estado) es el factor protector prominente contra la depresión. Investigaciones anteriores informaron consistentemente que las mujeres solteras tienen peor pronóstico en términos de depresión perinatal. (Munch & Niemczyk, 2010)

**Escolaridad:** El nivel educativo de un individuo es uno de los índices de nivel socioeconómico utilizados con más frecuencia, relacionando un nivel socioeconómico más bajo con un mayor riesgo de enfermedades psiquiátricas. Un menor nivel de educación se asocia con más síntomas de depresión postparto grave en igual condición a los 1 y 5 meses postparto. (Matsumura, Hamazaki, & Tsuchida, 2019)

**Ocupación:** En comparación con el desempleo; el empleo, especialmente el empleo a tiempo completo y tener un trabajo profesional o técnico, está significativamente asociado con un riesgo reducido de depresión posparto. En un estudio transversal en los Estados Unidos, porcentajes más altos significativamente de síntomas de depresión moderada-grave se encontraron entre las mujeres que informaron que no eran empleados a tiempo completo a diferencia de sus contrapartes. No se encontró relación entre los ingresos del hogar y depresión postparto. En un metaanálisis de 46 estudios, empleadas con bajos niveles de satisfacción laboral tienen más probabilidades de elevar los niveles de depresión. (Yoshihiro, Keiko, Satoshi, & Yoshio, 2011)

### **Antecedentes Gineco-Obstétricos de la Depresión Postparto**

**Paridad:** La depresión posparto es más prevalente en mujeres multíparas que en mujeres nulíparas. Dentro de las 6 semanas posteriores al parto, se encontró que tener dos o más hijos debido a una mayor carga psicológica tiene más probabilidades de estar asociado con la aparición de depresión. El número de partos por sí solo no es un factor independiente para desarrollar depresión posparto y el desarrollo de condiciones patológicas para la aparición de la enfermedad, es causado por condiciones psicosociales que crea la multiplicidad de partos para las mujeres. (Ghaedrahmati, Kazemi, Ebrahimi, & Bahrami, 2017)

**Control prenatal (CPN):** La Atención Prenatal precoz, se inicia desde el momento en que la madre sospecha la gestación, debiéndose garantizar cuatro atenciones prenatales. Siendo importante enfatizar en los aspectos de calidad, que constituye un componente importante para poder identificar e interpretar de forma óptima los hallazgos encontrados y poder realizar de forma oportuna las intervenciones necesarias tanto diagnósticas como de atención inmediata y de referencia. (MINSa, 2020)

Según el número de controles o atenciones realizadas puede clasificarse de la siguiente manera:

- Mayor o igual a 4: Completo
- Menor de 4: Incompleto
- Igual a 0: Inexistente

Estudios indican que es menos probable que las futuras madres con depresión prenatal asistan a exámenes o cuidado prenatal, una situación que contribuye a resultados desfavorables del embarazo, como aumento de peso inadecuado, parto prematuro, bajo peso al nacer y mala adaptación neonatal. (Choi, Park, Park, Ko, & Shin, 2014)

**Embarazo de Alto Riesgo:** Constituyen en promedio el 25% de todas las mujeres que inician Atención prenatal. (MINSa, 2020) El embarazo de riesgo se asocia con un mayor riesgo de depresión posparto. Estos riesgos incluyen afecciones que conducen a la realización de una cesárea de emergencia u hospitalización durante el embarazo. (Ghaedrahmati, Kazemi, Ebrahimi, & Bahrami, 2017). La prevalencia total de depresión posparto moderada y grave fueron respectivamente un 9% y un 12% más altos en las mujeres que experimentaron un embarazo de alto riesgo en comparación con las mujeres con embarazo normal. (Zadeh, Khajehei, Sharif, & Hadzic, 2013)

Estudios demuestran que los trastornos del metabolismo de la glucosa durante el embarazo también son factores predisponentes para la depresión posparto por lo que se ha observado que las mujeres con niveles más altos de glucosa en sangre (media de 120 vs 114 mg / dl) después de una hora después de realizar la prueba de Tolerancia oral con 50 g de glucosa tenían más riesgo de depresión posparto que otros. (Ghaedrahmati, Kazemi, Ebrahimi, & Bahrami, 2017)

**Planificación del Embarazo:** Las definiciones de intención de embarazo se usan indistintamente y a menudo son subjetivas. "No planificado" es un término atribuido a una variedad de circunstancias del embarazo. Los embarazos no planificados se pueden desglosar por diversos grados de intención de embarazo (p. ej., inoportuno, versus concepciones no deseadas) o por las emociones de la madre y reacción al embarazo (por ejemplo, feliz, ambivalente o infeliz). Las mujeres que experimentaron un embarazo no planeado tienen 1,73 (IC del 95%: 1,53, 1,95) veces más probabilidad de desarrollar depresión postparto. La asociación fue más pronunciada entre aquellas que tuvieron una respuesta negativa cuando descubrieron que estaban embarazadas (OR 2,72 (IC del 95%: 2,17, 3.41)). (Barton, Redshaw, & Quigley, 2017)

### **Factores Postnatales de la Depresión Postparto**

**Tipo de Parto:** Aunque existen múltiples factores que inciden en la Depresión Postparto, el modo de parto tiene un impacto significativo en la aparición de Depresión postparto leve. El riesgo fue un 33% más alta en mujeres que dieron a luz por Cesárea que en mujeres que dan a luz por vía Vaginal. Si se usa correctamente, el parto vía cesárea es una operación importante para salvar vidas. Sin embargo, la cesárea innecesaria no solo aumentará el costo de los servicios médicos y tratamiento, sino que también aumentan el riesgo de complicaciones. (Sun, Wang, & Li, 2020)

**Complicaciones del puerperio:** La literatura refiere que en cuanto a los efectos complicaciones en el postparto hay poca concordancia, y no se consideran como factor de riesgo. Al contrario, se ha demostrado que las mujeres con estas condiciones reciben cuidado y atención especial lo que disminuye la frecuencia de Depresión postparto e incluso a mayor atención medica intensiva se puede retrasar o prevenir el inicio de la Depresión. (Righetti-Veltima, Conne-Perreard, Bousquet, & Manzano, 1998)

**Enfermedad Neonatal:** Las madres que tienen un bebé con un peso <1500 g tienen de 4 a 18 veces más riesgo de depresión postparto que otras. (Ghaedrahmati, Kazemi, Ebrahimi, & Bahrami, 2017). Así mismo las madres de infantes prematuros presentan un 40% mayor riesgo de desarrollar Depresión postparto que la población general (Vigod, Villegas, & Ross, 2010).

La prevalencia de Depresión Postparto en madres de bebés ingresados en Cuidados intensivos fue mayor en los países de ingresos bajos con 25,8%; (IC del 95%: 17,9-33,8%) que en los países de ingresos medios 20,8% (IC del 95%: 18,4-23,1%) y alcanzó su punto máximo en cinco a diez semanas después del nacimiento. (Dadi, Miller, & Mwanri, 2020)

El riesgo de tener resultados adversos para la salud infantil fue un 31% mayor entre las madres posparto deprimidas en comparación con las no deprimidas (riesgo relativo combinado (PRR) = 1,31; IC del 95%: 1,17-1,48). La desnutrición (1,39; 1,21-1,61), la lactancia materna no exclusiva (1,55; 1,39-1,74) y las enfermedades infantiles comunes (2,55; 1,41-4,61) fueron los principales resultados adversos para la salud identificados. (Dadi, Miller, & Mwanri, 2020). La prevalencia puntual de la depresión mayor durante el embarazo (de la concepción al parto) fue del 12,7 % (IC del 95 %: 7,1-20,4 %). (Hamel, Lang, & Morissette, 2019), por lo que el tamizaje para depresión debe iniciarse en el periodo prenatal y no únicamente en el puerperio.

### **Factores Sociales de la Depresión Postparto**

**Violencia:** Las experiencias de violencia materna se asociaron significativamente con un mayor riesgo de desarrollar Depresión postparto (OR = 2.04); Diferentes tipos de eventos de violencia como violencia sexual (OR =1,56), violencia Psicológica (OR = 1,75), violencia física (OR = 1,90), violencia doméstica (OR = 2,05) o violencia infantil (OR = 1,59) también se asociaron significativamente con mayores riesgos de desarrollarla. (Senmao, Wang, & Qin, 2020).

**Hábitos Tóxicos:** Las mujeres son significativamente más propensas a experimentar sintomatología depresiva a las 8 semanas posparto si refieren: (a) tener un problema con las drogas o el alcohol, (b) que su pareja tuvo un problema con las drogas o el alcohol. Los estudios sobre el tabaquismo y la depresión han demostrado que el tabaquismo se asocia con depresión mayor y otros trastornos psiquiátricos. Los individuos deprimidos son más propensos a fumar que las personas no deprimidas y, a la inversa, los fumadores están más predispuestos que los no fumadores de experimentar depresión a lo largo de su vida. Además, se ha descubierto que el tabaquismo es un fuerte predictor del consumo de otras sustancias (es decir, consumo de alcohol y drogas ilícitas), que también se asocia con un aumento en el riesgo de depresión moderada y grave. (Horrigan, Schroeder, & Schaffer, 2000)

**Salud Mental en el Embarazo:** La atención prenatal se refiere al cuidado de la mujer durante embarazo con el objetivo último de lograr una madre y un niño sano al final del embarazo. Sin embargo, la atención prenatal abarca no sólo la asistencia clínica exámenes/investigaciones de laboratorio, sino también el acondicionamiento mental de las mujeres antes de la llegada del niño. De hecho, el tiempo y la oportunidad adecuados deben ser dado a las mujeres embarazadas para despejar todos los miedos, mitos y conceptos erróneos asociados con el embarazo o el parto. (Shrivastava, Shrivastava, & Ramasamy, 2015). C

### **Métodos Diagnósticos**

No ha habido consenso entre la comunidad médica con respecto a qué herramienta es más precisa para el cribado de Depresión postparto. Una herramienta de detección precisa es una que sea capaz de distinguir entre pacientes sanos y no sanos. La sensibilidad es la capacidad de la herramienta para identificar correctamente a las mujeres que están en riesgo de depresión postparto. Por otro lado, la especificidad es la capacidad de la herramienta para identificar correctamente a las mujeres que no tienen riesgo de depresión posparto. No existe una política universal sobre cuándo y cómo evaluar a las mujeres en busca de depresión posparto (Ukatu, Clare, & Brulja, 2018)

El momento óptimo para detectarla es entre a partir de las 4 semanas (1 mes) y hasta 6 meses después del parto, varias medidas de autoinforme que están disponibles incluyen la Escala de depresión posparto de Edimburgo, que es validada y ampliamente utilizada, cuenta con un cuestionario de 10 ítems. Una puntuación de la escala de depresión posparto de Edimburgo de 12 es indicativa de alta probabilidad de depresión. (Pearlstein, Howard, Salisbury, & Zlotnick, 2009)

La detección durante las primeras 2 semanas del período postparto puede resultar en más falsos positivos, ya que no se puede diferenciar la presencia de "**baby blues**" en ese momento. Es importante distinguir este término de la Depresión Postparto, ya que este constituye una condición transitoria de síntomas leves como tristeza, irritabilidad, ansiedad, insomnio, disminución de la concentración y labilidad emocional, Se presenta en aproximadamente el 60% de las mujeres durante el puerperio sin considerarse patológico y puede oscilar entre 2 y 4 semanas de duración. (Villavicencio & Barrantes, 2020)

Se ha observado que el uso de herramientas de detección en el primer mes posparto puede resultar en una menor sensibilidad y especificidad versus meses posteriores. Además, el cribado inmediatamente posparto puede perder pacientes con un inicio más lento de Depresión. (Ukatu, Clare, & Brulja, 2018)

La Escala de Depresión de Edimburgo (EPDS) es el método más utilizado en investigación. Fue desarrollado para ayudar a los profesionales de la salud a seleccionar muestras comunitarias de madres posparto con síntomas depresivos. Es un instrumento de autoinforme que contiene 10 preguntas sobre los síntomas de la depresión presentes en los 7 días anteriores. (Albuquerque, Lorenzo, Reinaux, Montenegro, & Cantilino, 2017)

Cada pregunta está calificada en una escala de 0 a 3 puntos, y las puntuaciones totales pueden variar de 0 a 30. Los puntos de corte seleccionados por los autores de la escala para las mujeres después del parto son: 9 a 11 puntos por Depresión posible o un trastorno depresivo menor, y 12 a 13 puntos para Alta probabilidad de Depresión postparto. La paciente con puntuación de 14 puntos o Mayor se considera como Depresión postparto Establecida (Albuquerque, Lorenzo, Reinaux, Montenegro, & Cantilino, 2017)

Puntuación EDPE	Interpretación	Acción
Menor a 8 puntos	Depresión no probable	Consejería
9 a 11 puntos	Depresión Posible	Repetir en 2 – 4 semanas. Consejería y Referir a Atención primaria en Psicología.
12 – 13 puntos	Alta probabilidad de Depresión	Apoyo, consejería y valorar con Médico en atención primaria.
14 puntos o más	Depresión postparto establecida o Trastorno Depresivo Mayor	Diagnóstico y tratamiento por especialista en Salud Mental.

\* Puntuación 1,2 o 3 en pregunta Número 10 (Alto riesgo de Suicidio)

Tabla 1 Fuente: Cox JL, Holden JM, Sagovsky R *Detection of postnatal depression: Development of the 10-item Edinburgh Postnatal Depression Scale*. The British Journal of Psychiatry. (1987).

La Escala de depresión postparto de Edimburgo (EPDS) se considera una herramienta de detección para depresión postparto altamente sensible (96%), pero solo es moderadamente específica (82%) con un valor predictivo positivo de 73% cuando una puntuación es  $\geq 10$ . (Albuquerque, Lorenzo, Reinaux, Montenegro, & Cantilino, 2017)

### **Complicaciones**

La Depresión postparto está asociada a diversas consecuencias no solo en la madre, también puede afectar a su pareja e hijo. Se ha visto que los hijos de madres con Depresión presentan mayor probabilidad de trastornos conductuales, enfermedades durante la niñez, accidentes y maltrato infantil, así como generar relaciones con apego ansioso, incluso también podría aumentar el riesgo de depresión en sus parejas. El suicidio e infanticidio son escenarios que no están exentos en esta patología. (Villavicencio & Barrantes, 2020)

### **Psicosis Postparto**

Es un trastorno psiquiátrico grave que normalmente se manifiesta a los pocos días del parto en una pequeña proporción de mujeres (1-2 de cada 1000 nuevas madres). Los principales síntomas incluyen alucinaciones y delirios, desorganización cognitiva, confusión, ansiedad y problemas de sueño; En raras ocasiones, las madres afectadas pueden intentar hacerse daño a sí mismas o a su hijo, observándose en algunos casos el suicidio materno y el infanticidio. (Bergink, Rasgon, & Wisner, 2016)

## CAPITULO II DISEÑO METODOLÓGICO

### 2.1. TIPO DE ESTUDIO.

Investigación con enfoque cuantitativo, observacional, de tipo descriptivo, retrospectivo y de corte transversal.

### 2.2. ÁREA DE ESTUDIO.

El presente estudio se realizó en el Centro de Salud Carlos Lacayo Manzanares ubicado en la ciudad de Mateare, municipio del departamento de Managua. Cuenta con 13 Equipos de Salud Familiar y comunitaria de los cuales 9 se localizan en área urbana y 4 en área Rural. Con una Población estimada de 86473 personas.

### 2.3. UNIVERSO.

El universo se constituyó por 172 mujeres registradas en el censo Gerencial de la unidad como puérperas entre los meses Enero y junio 2021.

### 2.4. MUESTRA.

La población estudiada se definió en base a los datos reportados por el estudio *Revisión Sistemática y metaanálisis: Prevalencia e Incidencia de Depresión postparto de madres sanas* el cual concluye una prevalencia de Depresión postparto del 17% a nivel global. Los datos obtenidos fueron introducidos en el programa OpenEPI versión 3.03. Obteniéndose los siguientes resultados:

Tamaño de la muestra para la frecuencia en una población

<b>Tamaño de la población (para el factor de corrección de la población finita o FCPF) (N)</b>	172
<b>Frecuencia % hipotética del factor del resultado en la población (p):</b>	17% +/-5
<b>Límites de confianza como % de 100(absoluto +/-%) (d):</b>	5%
<b>Efecto de diseño (para encuestas en grupo-EDFF):</b>	1

Se definió una muestra de 97 pacientes con un intervalo de confianza del 95%.

## **2.5. MUESTREO.**

El método de muestreo fue probabilístico de tipo aleatorio simple, sin reposición; la muestra se seleccionó a través de números aleatorios generados a través de la aplicación web Open Epi V. 3.01.

## **2.6. UNIDAD DE ANÁLISIS.**

Pacientes registradas en el Censo Gerencial del Centro de Salud Carlos Lacayo que acudieron a control puerperal en el periodo comprendido entre el 1 de enero 2021 y el 30 de junio 2021 que cumplieron con los criterios de Inclusión y Exclusión del estudio.

## **2.7. CRITERIOS DE SELECCIÓN DE LA MUESTRA**

### **Criterios de inclusión:**

1. Paciente que acudió a control puerperal en Centro de Salud Carlos Lacayo Manzanares en el período estipulado por el Estudio.
2. Paciente que firmó Consentimiento Informado para la recolección de Datos.
3. Paciente cuyo periodo de Puerperio se encontraba entre 4 y 12 semanas postparto al momento de la entrevista.

### **Criterios de exclusión:**

1. Paciente con antecedentes de Trastornos afectivos o Psiquiátricos.
2. Paciente cuyo embarazo Finaliza en Muerte Neonatal Temprana o Tardía.
3. Paciente cuyo Domicilio no correspondió con el Municipio de Mateare.
4. Paciente que no logró ser ubicada según los datos obtenidos del Censo Gerencial en el centro de salud.
5. Paciente que no deseaba participar en el Estudio.

## **2.9. FUENTES DE INFORMACIÓN.**

La información se obtuvo de fuentes Mixtas de información:

Fuente Primaria:

- Entrevista realizada a las participantes del estudio.

Fuente Secundaria:

- Revisión documental: se realizó una revisión del Libro de Censo Gerencial 2021 propio del Centro de Salud Carlos Lacayo Manzanares, donde se obtuvieron los datos de contacto de la paciente necesarios para su ubicación y posterior búsqueda.

## **2.10. MÉTODO, TÉCNICA E INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN.**

- **Método**

Se solicitó a la dirección docente del Centro de Salud Carlos Lacayo Manzanares autorización (Ver Anexo 2), para la realización de Entrevistas utilizando el instrumento del estudio en curso y acceso a la base de datos del Censo Gerencial.

Posteriormente se realizó una revisión documental del censo Gerencial de la que se extrajo la información de contacto de las pacientes, en una base de datos previamente diseñada (Ver anexo 3) en el que se asignó un número en orden del 1 al 172 del universo en el cual se extrajo la muestra previamente calculada a través del uso de números aleatorios, donde luego que una paciente fue seleccionada, ese número asignado se retiró de la muestra realizando un muestreo sin reposición. A cada paciente seleccionado se le aplicaron los criterios de inclusión y exclusión del estudio, donde las calificadas fueron contactadas mediante número telefónico o dirección domiciliar brindada en censo gerencial. Posteriormente se programó una entrevista con la paciente en un ambiente privado proporcionado por la unidad de salud Carlos Lacayo Manzanares donde se aplicó el instrumento de recolección de datos.

- **Técnica**

Luego de contactar a la paciente escogida de forma aleatoria mediante llamada telefónica o visita a su domicilio, se le citó a la Unidad de salud para la realización de una Entrevista dividida en dos partes, donde la primera parte contenía preguntas abiertas previamente diseñadas y la segunda parte se constituyó de la auto encuesta propia de la Escala de Edimburgo. La dirección del Centro de Salud Carlos Lacayo Manzanares brindó un espacio cerrado y privado donde las entrevistadas respondieron las preguntas con tranquilidad y completaron el acápite de la Escala de Edimburgo sin interferencia de terceros. Luego se procedió a sumar el puntaje obtenido para clasificar el grado de depresión postparto de la paciente mediante la Escala de Edimburgo (Ver Anexo 1).

A las pacientes con puntaje mayor o igual a 14 puntos se les consideró como pacientes con Depresión postparto establecida. Al total obtenido se le aplicó la siguiente fórmula para el cálculo de la Prevalencia puntual en el rango de tiempo establecido (I semestre 2021)

$$\text{Tasa de Prevalencia Puntual} = \frac{\text{Número de pacientes puérperas diagnosticadas con DPP}}{\text{Total de pacientes puérperas muestreadas}} \times 100$$

\*DPP: Depresión Postparto

- **Instrumento**

Se diseñó un instrumento de recolección de datos (Ver Anexo 4), constituido por 2 partes que brinda respuesta a los objetivos específicos del estudio; La primera parte del instrumento se constituye de preguntas abiertas que permiten dar respuesta a los siguientes objetivos específicos:

- Características Demográficas.
- Antecedentes Gineco-Obstétricos
- Factores Postnatales
- Factores Sociales

La segunda parte está constituida por el auto encuesta para el diagnóstico de depresión postparto propia de la Escala de Depresión postparto de Edimburgo, que permitió calcular mediante el puntaje obtenido el Grado de depresión. Con ella se abarcó el último objetivo específico del estudio y formó la base para el cálculo de la Prevalencia de Depresión postparto en la ciudad de Mateare.

El instrumento se validó de la siguiente manera:

- Validación por experto: Al finalizar el protocolo de investigación, se realizó una primera prueba de validación donde se le aplicó la encuesta a 5 médicos generales familiarizados con el tema que evaluaron de forma positiva el alcance de las preguntas y determinaron que con éxito se logra capturar el tema a estudiar.

Posteriormente se realizó una segunda revisión con el Dr. Guillermo Gosebruch como experto especialista en Psiquiatría quien determina una adecuada construcción del instrumento, donde se evitaron preguntas ambiguas o confusas para el entrevistado y se determinó como adecuado para su implementación.

- Validación de campo: Se selecciono un subconjunto de pacientes puérperas del universo, correspondientes al 10% de la muestra (10 mujeres), a quienes se les aplicó una prueba piloto de la entrevista y determinaron que las preguntas se respondieron de forma adecuada, sin dificultad para comprender lo que se les solicita.

## **2.11. ENUNCIADO DE VARIABLES.**

### ***Objetivo N°1. Describir las características Demográficas de la población en estudio.***

Edad

Procedencia

Etnia

Estado Civil

Escolaridad

Ocupación

### ***Objetivo N°2. Mencionar los antecedentes gineco-obstétricos que presentan las participantes de atención puerperal.***

Paridad

Control Prenatal

Embarazo de Alto Riesgo

Planificación del Embarazo

### ***Objetivo N°3. Identificar los Factores Postnatales que presentaron las pacientes puérperas en estudio.***

Semanas Postparto

Tipo de Parto

Clasificación del Puerperio

Complicaciones del Puerperio

Enfermedad Neonatal

### ***Objetivo N°4. Definir las Factores Sociales que presentan las pacientes de atención Puerperal.***

Historia de Violencia

Hábitos Tóxicos

Promoción de Salud Mental durante el Embarazo

***Objetivo N°5. Clasificar el grado de Depresión postparto en las participantes mediante el uso de la escala de Edimburgo.***

Depresión no probable

Depresión Posible

Alta probabilidad de Depresión

Depresión Postparto Establecida o Trastorno depresivo mayor.

## 2.12. OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES

<b>Objetivo 1: Describir las características demográficas de la población en estudio.</b>			
<b>Variable</b>	<b>Definición</b>	<b>Indicador</b>	<b>Escala/ Valor</b>
<b>Edad</b>	Tiempo transcurrido desde el nacimiento de la persona hasta el momento en estudio.	Años	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ &lt;20 años</li> <li>▪ 20 –25</li> <li>▪ 26 – 30</li> <li>▪ 30 – 35</li> <li>▪ &gt;35 años</li> </ul>
<b>Procedencia</b>	Área en la cual habita el paciente.	Zona geográfica	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Urbano</li> <li>▪ Rural</li> </ul>
<b>Etnia</b>	Raza a la que pertenece el paciente.	Raza	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Mestizo</li> <li>▪ Misquitos</li> <li>▪ Matagalpas</li> <li>▪ Creole</li> <li>▪ Sutiaba</li> <li>▪ Chorotega</li> <li>▪ Sumo/ Mayagna</li> <li>▪ Nicarao</li> <li>▪ Garífuna</li> </ul>
<b>Estado Civil</b>	Condición particular que los caracteriza en referencia a sus vínculos Personales	Condición de pareja	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Soltera</li> <li>▪ Casada</li> <li>▪ Viuda</li> <li>▪ Divorciada</li> <li>▪ Unión libre</li> </ul>
<b>Escolaridad</b>	Grado máximo de estudios aprobados	Nivel escolar	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Analfabeta</li> <li>▪ Primaria Completa</li> <li>▪ Primaria Incompleta</li> <li>▪ Secundaria Completa</li> <li>▪ Secundaria Incompleta</li> <li>▪ Universitario</li> <li>▪ Técnico</li> </ul>
<b>Ocupación</b>	Labores fuera del hogar del que obtiene un Ingreso	Tipo de trabajo	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Ama de Casa</li> <li>▪ Comerciante</li> <li>▪ Asistente del Hogar</li> <li>▪ Estudiante</li> <li>▪ Operaria de Zona franca</li> <li>▪ Oficio relacionado a Carrera Profesional</li> </ul>

<b>Objetivo N°2. Mencionar los antecedentes Gineco-Obstétricos que presentaron las participantes de atención puerperal.</b>			
<b>Variable</b>	<b>Definición</b>	<b>Indicador</b>	<b>Escala/ Valor</b>
<b>Paridad</b>	Número de Partos Previos	Número de partos	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Nulípara</li> <li>▪ Multípara</li> </ul>
<b>Control Prenatal</b>	Atención médica realizada durante el Embarazo.	Número de CPN	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Control Prenatal Completo</li> <li>▪ Control Prenatal Incompleto</li> <li>▪ Control Prenatal Inexistente</li> </ul>
<b>Embarazo de Alto Riesgo</b>	Paciente que cumple criterios de Alto Riesgo Obstétrico durante el Embarazo	Factores de riesgo	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Muerte Fetal o Neonatal Previa</li> <li>▪ Antecedente de 3 o más abortos consecutivos</li> <li>▪ Peso del recién nacido menor a 2000 gramos</li> <li>▪ Peso del recién nacido mayor a 4000 gramos</li> <li>▪ Hospitalización por hipertensión o Preeclampsia/eclampsia en el último embarazo</li> <li>▪ Cirugía en el tracto reproductivo</li> <li>▪ Embarazo Múltiple</li> <li>▪ Isoinmunización Rh negativo en segundo evento obstétrico</li> <li>▪ Sangrado vaginal</li> <li>▪ Masa Pélvica</li> <li>▪ Cualquier patología crónica</li> <li>▪ Presión arterial diastólica &gt; 90 mmHg.</li> </ul>
<b>Planificación del Embarazo</b>	Prácticas orientadas al control de la reproducción sexual	Deseo del embarazo	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Embarazo Deseado</li> <li>▪ Embarazo no Deseado</li> </ul>

<b>Objetivo N°3. Identificar los factores Postnatales que presentaron las pacientes puérperas en estudio.</b>			
<b>Variable</b>	<b>Definición</b>	<b>Indicador</b>	<b>Escala/ Valor</b>
<b>Semanas Postparto</b>	Tiempo transcurrido en semanas desde el Parto.	Semanas	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ 4</li> <li>▪ 5</li> <li>▪ 6</li> <li>▪ 7</li> <li>▪ 8</li> <li>▪ 9</li> <li>▪ 10</li> <li>▪ 11</li> <li>▪ 12</li> </ul>
<b>Tipo de Parto</b>	Vía de Finalización del Embarazo	Parto	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Vaginal</li> <li>▪ Cesárea</li> </ul>
<b>Clasificación del Puerperio</b>	Tiempo transcurrido desde el Alumbramiento hasta el momento de la Entrevista	Tipo de puerperio	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Puerperio fisiológico alejado</li> <li>▪ Puerperio fisiológico tardío</li> <li>▪ Puerperio patológico alejado</li> <li>▪ Puerperio patológico tardío</li> </ul>
<b>Complicaciones del Puerperio</b>	Patologías que se desarrollan luego del Parto, propias del puerperio.	Tipo de complicaciones	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Hemorragia Postparto</li> <li>▪ Atonía uterina</li> <li>▪ Retención de restos placentarios</li> <li>▪ Infección Puerperal</li> <li>▪ Dehiscencia de Herida</li> <li>▪ Patología Mamaria</li> </ul>
<b>Enfermedad Neonatal</b>	Cualquier enfermedad que requiera ingreso del hijo/a en Cuidados Neonatales	Enfermedad en el neonato	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Si</li> <li>▪ No</li> </ul>

<b>Objetivo N°4. Definir los Factores Sociales de las pacientes de atención Puerperal.</b>			
<b>Variable</b>	<b>Definición</b>	<b>Indicador</b>	<b>Escala/ Valor</b>
<b>Historia de Violencia</b>	Paciente que previo y durante el embarazo es expuesta a cualquier tipo de Violencia.	Antecedente	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Violencia Infantil</li> <li>▪ Violencia psicológica</li> <li>▪ Violencia física</li> <li>▪ Violencia sexual.</li> </ul>
<b>Hábitos Tóxicos</b>	Consumo de Sustancias Tóxicas durante el embarazo.	Consumo tóxico	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Consumo de Alcohol</li> <li>▪ Consumo de Drogas</li> <li>▪ Tabaquismo</li> </ul>
<b>Promoción de Salud Mental en el Embarazo</b>	Prácticas orientadas a identificar trastornos depresivos durante el control prenatal	Prácticas	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Si</li> <li>▪ No</li> </ul>

<b>Objetivo N°5. Clasificar el grado de Depresión postparto en las participantes mediante el uso de la escala de Edimburgo.</b>			
<b>Variable</b>	<b>Definición</b>	<b>Indicador</b>	<b>Escala/ Valor</b>
<b>Grado de Depresión</b>	Resultado obtenido de la Aplicación de la prueba de Edimburgo para Depresión postparto	Escala de Depresión Postparto de Edimburgo	▪ Depresión no Probable (< 8 puntos)
			▪ Depresión Posible (9 a 11 puntos)
			▪ Alta Probabilidad de Depresión (12 a 13 puntos)
			▪ Trastorno depresivo Mayor (14 puntos o más)

### **2.13. PLAN DE ANÁLISIS.**

A partir de los datos recolectados, se diseñó la base de datos correspondiente, utilizando el software estadístico “SPSS” (Statistical package for social sciences), versión 23 para Windows. Una vez realizado el control de calidad de los datos registrados, se procedió a obtener tablas en las que se reflejan frecuencias absolutas y relativas; así como los análisis estadísticos pertinentes (Ver Anexo 6).

De acuerdo con la naturaleza de cada una de las variables (cualitativas o cuantitativas) y guiados por el compromiso definido en cada uno de los objetivos específicos se realizaron los análisis descriptivos correspondientes a las variables nominales y/o numéricas, entre ellos: análisis de frecuencia (edad, genero, procedencia, etnia, escolaridad, ocupación, estado civil, antecedentes gineco-obstétricos, factores postnatales y características Sociales). Así mismo se aplicaron estadísticas descriptivas (media, mediana, moda, desviación estándar, mínimo, máximo) para las variables cuantitativas (edad y semanas postparto). Además, se realizaron gráficos del tipo: a) Barras para variables categóricas en un mismo plano cartesiano, b) Barras para variables dicotómicas, que permiten describir la respuesta de múltiples factores en un mismo plano cartesiano. (Ver Anexo 7)

Se calculó la tasa de prevalencia puntual de las pacientes diagnosticadas con Depresión postparto y se realizaron los análisis de contingencia para las variables: Características Demográficas/grado de Depresión, Antecedentes Gineco-obstétricos/grado de Depresión, Factores Postnatales/grado de Depresión y Características Sociales/grado de Depresión.

## 2.14. PLAN DE TABULACIÓN

No.	Variables	Tabulación
1	Características sociodemográficas	Tabla Simple
2	Antecedentes Gineco-obstétricos	Tabla Simple
3	Factores Perinatales	Tabla Simple
4	Características Sociales	Tabla Simple
5	Grado de depresión	Tabla Simple
6	Edad / Grado de Depresión	Cruce de Variables
7	Procedencia / Grado de Depresión	Cruce de Variables
8	Estado Civil / Grado de Depresión	Cruce de Variables
9	Escolaridad / Grado de Depresión	Cruce de Variables
10	Ocupación / Grado de Depresión	Cruce de Variables
11	Paridad / Grado de Depresión	Cruce de Variables
12	Embarazo de Alto Riesgo / Grado de Depresión	Cruce de Variables
13	Planificación del Embarazo / Grado de Depresión	Cruce de Variables
14	Tipo de Parto / Grado de Depresión	Cruce de Variables
15	Clasificación del Puerperio / Grado de Depresión	Cruce de Variables
16	Complicaciones del Puerperio / Grado de Depresión	Cruce de Variables
17	Historia de Violencia / Grado de Depresión	Cruce de Variables
18	Hábitos Tóxicos / Grado de Depresión	Cruce de Variables

## 2.15. CONSIDERACIONES ÉTICAS.

La información que se recolectó será utilizada con fines de investigación. Cabe destacar que los sujetos estudiados serán anónimos al momento de publicar los resultados y sólo los investigadores conocieron sus datos personales. Desde la perspectiva ética se pidió autorización del Centro de Salud Carlos Lacayo Manzanares para la recolección de la información y cada participante firmó un consentimiento informado (Ver Anexo 5). Se aplicaron los principios bioéticos de Beneficencia, No maleficencia, justicia y respeto a la autonomía de la persona. Los datos se revelaron como están reflejados en el instrumento de recolección de datos, sin realizar alteraciones en los mismos.

## 2.16. LIMITANTES.

Al ser un estudio retrospectivo donde el paciente se selecciona en una base de datos y debe ser contactado previo a la aplicación del instrumento, en el momento de localizar los pacientes seleccionados de forma aleatoria, algunos no corresponden su domicilio o datos de contacto con el brindado en el Censo Gerencial, por lo que no se logró localizarlos y se procedió a saltar al siguiente número aleatorio seleccionado.

## CAPITULO III. DESARROLLO

### 3.1. RESULTADOS

La investigación realizada titulada como: “Prevalencia de Depresión Postparto, aplicando la Escala de Edimburgo, en mujeres puérperas atendidas en el Centro de Salud Carlos Lacayo Manzanares en la Ciudad de Mateare durante el I semestre 2021. Se realizó con una muestra de 97 pacientes, obtenida del registro total del Censo Gerencial para embarazadas y Puérperas de dicha unidad de Salud. Dentro de los principales hallazgos a analizar encontramos:

#### **Características demográficas de la Población en estudio**

En cuanto a la **Edad**, la mayor frecuencia de las pacientes entrevistadas en el Centro de Salud Carlos Lacayo Manzanares, se encontraban en el grupo de edad de 20-25 años con un 36.1% (35), seguido del grupo < 20 años con un 33% (32), en continuidad el grupo 26-30 años con 16.5% (16), así como 31-34 años con 8.2% (8) y por último el grupo de mujeres con edad  $\geq 35$  años con 6.2% (6). (Anexos, Tabla 1, Gráfico 1)

La **Procedencia** de las pacientes obtenida en su mayoría se constituyó de Población Urbana 75.3% (73) a diferencia de la Rural con 24.7% (24). (Anexos, Tabla 1, Gráfico 2) La **etnia** del 100% de la muestra fue Mestiza. (Anexos, Tabla 1)

Por otro lado, la variable **Estado Civil** presentó el siguiente orden de frecuencia: Unión Libre 57.7% (56), Casada 21.6% (21) y Soltera 20.6% (20). (Anexos, Tabla 1, Gráfico 3).

Con respecto a la variable **Escolaridad**, el orden de frecuencia era: Secundaria Completa 37.1% (36), seguido de Primaria Incompleta 18.6% (18), Secundaria Incompleta 15.5% (15), Primaria Completa 13.4% (13), Universitario 8.2% (8), Analfabeta 6.2% (6) y por último Técnico 1% (1). (Anexos, Tabla 1, Gráfico 4)

En referencia a la **Ocupación**, la mayor frecuencia encontrada fue de Ama de Casa 64.9% (63), seguida de Comerciante 16.5% (16), Oficio relacionado a carrera profesional 6.2% (6), Operaria de Zona franca 5.2% (5), Estudiante 4.1% (4) y Asistente del hogar 3.1% (3). (Anexos, Tabla 1, Gráfico 5)

### **Antecedentes Gineco obstétricos de la Población en Estudio**

Los resultados sobre **Paridad** obtenidos fueron: Nulíparas 41.2% (40) y Multíparas 58.8% (57). Al valorar el **Control Prenatal** de las Pacientes, 58,8% (57) tenía su Control Prenatal Completo y 41.2% (40) Control Prenatal Incompleto. (Anexos, Tabla 2).

En referencia al **Antecedente de Embarazo de Alto riesgo**, 51.5% (50) Sí presentaron factores de Alto riesgo Obstétrico durante su embarazo y 48.5% (47) No presentaron actores de Alto riesgo Obstétrico. (Anexos, Tabla 2).

Los resultados de la variable **Planificación del Embarazo** fueron: 69.1% (67) con Embarazo no Planeado y 30.9% (30) con Embarazo Planeado. (Anexos, Tabla 2).

### **Factores postnatales de la Población en Estudio**

Durante la recolección de datos se calcularon las **Semanas Postparto** de las Participantes, donde se obtuvo un Mínimo de 4 Semanas Postparto y un Máximo de 10 Semanas, con una Media de 5,85 Semanas y Moda de 4 Semanas Postparto. Con una Varianza de 3,632 y una desviación estándar de 1,906. (Anexos, Tablas 3 y 4, Grafico 6).

Por otro lado, el **Tipo de Parto** de las Pacientes fue: 74.2% (72) Vaginal y 25.8% (25) Cesárea. (Anexos, Tabla 3).

Según las normativas del Ministerio de Salud de Nicaragua se realizó la **Clasificación del Puerperio** con el siguiente orden de frecuencia: Puerperio fisiológico Alejado 49.5% (48), Puerperio fisiológico Tardío 24.7% (24), Puerperio Patológico Alejado 18.6% (18) y Puerperio Patológico Tardío 7.2% (7). (Anexos, Tabla 3).

Del total de las pacientes 25.8% tuvieron algún tipo de **Complicación en el puerperio**. Luego de la finalización del embarazo, 10.3% (10) tuvieron bebés con alguna **Enfermedad Neonatal** y 89.7% (87) tuvieron bebés sanos. (Anexos, Tabla 3).

## **Factores Sociales de la Población en Estudio**

En lo concerniente al **Antecedente de Violencia**, la mayoría de las pacientes negó haber sufrido algún tipo de Violencia durante el embarazo, correspondiente al 90.7% (88). Con respecto a los tipos de Violencia encontramos: Violencia física 3.1% (3), Violencia Psicológica 5.2% (5) y Violencia Infantil 1.0% (1). (Anexos, Tabla 4).

Con respecto a los **Hábitos Tóxicos** de las pacientes 78.4% (76) Negó el consumo de sustancias tóxicas durante el embarazo. 13.4% (13) refirió consumo de alcohol, 6.2% (6) consumo de tabaco y 2.1% (2) consumo de Marihuana. (Anexos, Tabla 4).

El 100% de las mujeres No recibió Promoción de la Salud mental en el embarazo. (Anexos, Tabla 4).

## **Clasificación del grado de Depresión Postparto en la Población a estudio**

Para determinar el grado de Depresión Postparto se aplicó el Test de Edimburgo en puérperas entrevistadas durante el I Semestre 2021 en el Centro de Salud Carlos Lacayo Manzanares, cuyos resultados de puntaje presentaron las siguientes medidas estadísticas: Mínimo de 0 puntos, Máximo de 23 puntos, una Media de 5.14 puntos, Moda de 0 puntos con 6.633 de Desviación estándar y Varianza de 44.000. (Anexos, Tabla 7).

Por lo tanto, los resultados de Clasificación fueron los siguientes: 66.0% (64) Depresión no probable, 8.25% (8) Depresión Posible, 11.35% (11) Alta Probabilidad de Depresión y 14.40% (14) Depresión Postparto Establecida. (Anexos, Tabla 8, Gráfico 7).

## **Resultados obtenidos del cruce de variables**

**Edad / Grado de Depresión postparto:** Dentro de las pacientes con Depresión Postparto establecida que equivalen al 14.4% (14) del total de la muestra, se encontró predominio en las edades < 20 años con 42.9% (6), seguido con igual frecuencia por 20-25 años y 26-30 años con 21.4% (3), así mismo las edades 31-34 años y > 35 años con igual orden de frecuencia 7.1% (1). (Anexos, Tabla 9, Gráfico 8).

**Escolaridad / Grado de Depresión postparto:** Al realizar una tabla de contingencia para comparar ambas variables, se obtiene como resultado que de las pacientes con Depresión Postparto establecida predominan como Nivel académico en igual valor de frecuencia la

Primaria Incompleta y Secundaria Incompleta con 28.6% (4) cada una. Seguido de Secundaria Completa 21.4% (3), Primaria Completa 14.3% (2) y Analfabeta 7.1% (1). Ninguna de las pacientes con Depresión postparto establecida tenía nivel académico Universitario o Técnico. (Anexos, Tabla 10, Gráfico 9).

**Procedencia / Grado de Depresión postparto:** Mediante la comparación de ambas variables, se obtuvo que, de las pacientes con Depresión postparto establecida con inicio en el periparto, predominó la procedencia de origen Urbano con 78.6% (11) seguido de procedencia rural con 21.4% (3). (Anexos, Tabla 11, Gráfico 10).

**Estado Civil / Grado de Depresión Postparto:** En la relación de ambas variables se encontró que en las pacientes con depresión postparto 50% se encontraban Solteras, 28.6% en Unión Libre y 21.4% Casadas. (Anexos, Tabla 12)

**Ocupación / Grado de Depresión postparto:** Con respecto a la comparación de ambas variables los resultados fueron los siguientes: En pacientes con Depresión postparto establecida predominó la ocupación de Ama de casa con 71.4% (10) de las participantes. Seguido por Asistente del Hogar con 7.1% (1), Operaria de Zona franca 7.1% (1), Comerciante 7.1% (1), Estudiante 7.1% (1) y Ninguna de las pacientes desempeño algún oficio relacionado a Carrera Profesional (Anexos, Tabla 13, Gráfico 11).

**Semanas de Puerperio / Grado de Depresión postparto:** Se realizó la comparación de ambas variables, donde las Pacientes entrevistadas con Depresión Postparto se encontraban en su mayoría en 4 y 5 semanas postparto con 21.4% (3) respectivamente, seguido de 6, 7 y 10 Semanas Postparto con 14.3% (2) cada una y por último 8 y 9 Semanas Postparto con 7.1% (1) cada una. (Anexos, Tabla 14, Gráfico 12)

**Embarazo de Alto Riesgo / Grado de Depresión postparto:** De las pacientes con Depresión postparto el 57.1% (8) presentó antecedentes de Embarazo de alto riesgo a diferencia del 42.9% (6) que no presentaron antecedentes de Embarazo de Alto riesgo. (Anexos, Tabla 15, Gráfico 13)

**Paridad / Grado de Depresión postparto:** Al comparar ambas variables se obtuvo como resultado que de las Pacientes con depresión postparto el 50% (7) fue Nulípara y el 50% (7) fue Multípara. (Anexos Tabla 16, Gráfico 14).

**Tipo de Parto / Grado de Depresión postparto:** En base a los resultados obtenidos, de las pacientes con depresión postparto establecida 64.3% (9) tuvieron un Parto Vaginal a diferencia del 35.7% (5) que tuvieron un Parto vía Cesárea. (Anexos, Tabla 17, Gráfico 15)

**Complicaciones del Puerperio / Grado de Depresión postparto:** Se obtuvo como resultado que en las Pacientes con Depresión Postparto Establecida predominó como complicación puerperal la Hemorragia Postparto con 21.4% (3), seguido de Infección Puerperal 7.1% (1), Dehiscencia de Herida 7.1% (1) e Infección de Sitio Quirúrgico 7.1% (1). Ninguna de las pacientes refirió Patología mamaria o Hipertensión gestacional. Por otro lado, 57.1% (8) de las pacientes negó haber sufrido algún tipo de Complicación en el Puerperio. El total de las pacientes con trastorno depresivo y Complicaciones postparto fue de 42.8% (Anexos, Tabla 18, gráfico 16)

**Antecedentes de Violencia / Grado de Depresión postparto:** En referencia a las pacientes con Depresión Postparto establecida, se obtuvo que 85.7% (12) negó haber sufrido algún tipo de Violencia previo al parto. Por otro lado 14.3% (2) si refirieron haber sufrido algún tipo de violencia previo al parto. (Anexos, Tabla 19, gráfico 17)

**Hábitos Tóxicos / Grado de Depresión postparto:** Se valoró en la entrevista el consumo de Sustancias Tóxicas durante el embarazo y puerperio, de las pacientes con Depresión postparto establecida 21.4% (3) indicaron consumo de Alcohol, 7.1% (1) consumo de Marihuana o Cannabis. Ninguna de las pacientes indicó haber consumido Tabaco. Por otro lado 71.4% (10) de las pacientes negó haber consumido alguna sustancia Tóxica. (Anexos, Tabla 20, Gráfico 18).

### 3.2. DISCUSIÓN Y ANÁLISIS DE LOS RESULTADOS

Al realizar una revisión de los datos obtenidos sobre Depresión Postparto en mujeres puérperas atendidas en el Centro de Salud Carlos Lacayo Manzanares, se determinó una tasa de Prevalencia puntal, con un periodo de tiempo establecido en 6 meses o primer semestre del año 2021, por lo cual se utilizó la siguiente fórmula:

$$\text{Tasa de Prevalencia Puntual} = \frac{\text{Número de pacientes puérperas diagnosticadas con DPP}}{\text{Total de pacientes puérperas muestreadas}} \times 100$$

Donde el número de pacientes puérperas diagnosticadas con Depresión postparto fueron 14 y el total de pacientes muestreadas fue 97 (95% IC). Dando como resultado una tasa de prevalencia puntal de 14.4%, lo que equivale a que 14 de cada 100 mujeres puérperas de la población sufre Depresión Postparto que comparado a la prevalencia obtenida en el metaanálisis realizado por Shorey et. Al en el año 2018 donde se estimó una prevalencia global de 17% es menor al establecido a nivel global. Del mismo modo, también se diferencia de las estadísticas nacionales plasmadas por Rivera y Robles quienes determinaron en el año 2017, en la ciudad de León – Nicaragua, una Prevalencia de 30% de mujeres con Depresión Postparto. En ambos se aplicó la Escala de Edimburgo, no obstante, se debe de tener en cuenta que los resultados obtenidos son una pequeña porción de la prevalencia nacional de la enfermedad.

Por otro lado, Moreno Urquía en el año 2019, aplicó el Test de Hamilton que incluyó características Somáticas de la depresión, donde determinó que el 8.1% de puérperas presentó depresión Mayor. Sin embargo, este test no ha sido aceptado como método diagnóstico para depresión postparto. A diferencia de la Escala de Depresión Postparto de Edimburgo que: “cuenta con 96% de Sensibilidad y 82% de Especificidad”. (Albuquerque, Lorenzo, Reinaux, Montenegro, & Cantilino, 2017).

Se debe recalcar que se encontraron 8 pacientes con Depresión Posible equivalentes al 8.25% del total, y 11 pacientes con Alta Probabilidad de Depresión que equivalen a 11.35% del total de la población, donde al sumarlos se obtiene que el 27.8% de mujeres que, si bien no cumplen los criterios para definirse como Depresión postparto, se encuentran en alto riesgo

de desarrollarla en semanas posteriores. Lo que sumado a las pacientes ya diagnosticadas (14.4%) se estima que el 42.2% de la muestra tiene algún grado de sintomatología depresiva, resaltando que esta población se encuentra fuera del periodo esperado de 4 semanas para el desarrollo de Baby blues, descartándolo como causa.

Las mujeres con Trastorno Depresivo Mayor o Depresión Postparto establecida se diagnosticaron con un Puntaje en la Escala de Depresión Postparto de Edimburgo igual o Mayor a 14 puntos, en ellas el grupo etario predominante fue de las pacientes < 20 años con 42.9%, y como minoría se encontró el grupo de mujeres  $\geq 35$  años con 7.1% del total de pacientes con Depresión Postparto que, al compararse con el estudio de Rivera y Robles en Nicaragua, se encuentra discrepancia ya que para ellos el grupo donde se encuentran la mayoría de las mujeres con Depresión postparto fue de 20-35 años, con una cifra mayor correspondiente al 59.2%.

Por lo antes mencionado, se secunda la afirmación realizada por Bottino et. Al. Donde “Por cada año adicional de edad existe una reducción del 4% en la posibilidad de desarrollar Depresión Postparto” ya que el porcentaje avanza de forma decreciente según aumentó la edad.

Es de suma importancia recalcar que de las pacientes con Depresión postparto la mayoría no terminó el área básica de Escolaridad con 28.6% refiriendo Primaria Incompleta y del mismo modo 28.6% refiriendo Secundaria Incompleta. Sólo 21.4% de las pacientes completaron ambos niveles básicos de educación y ninguna de las pacientes con Depresión postparto establecida tenía nivel académico Universitario o Técnico, donde se demuestra el bajo nivel educativo presente en países en desarrollo y permite sostener la afirmación realizada por Matsumura et. Al. “Un menor nivel de educación se asocia con más síntomas de depresión postparto grave”. Ya que la mayoría de las pacientes deprimidas presentó un nivel bajo de educación

En el presente estudio la mayoría de las pacientes con Depresión postparto eran de procedencia Urbana con 78.6% y la minoría de procedencia Rural con 21.4%, este resultado se compara al estudio realizado por Vigod et Al. En el año 2013, donde se afirma que la prevalencia de Depresión postparto es mayor en áreas Urbanas que en áreas rurales o

Semirrurales. Por otro lado, en los estudios nacionales no incluyen la Procedencia como Variable para realizar análisis comparativo.

En referencia al Estado civil de las pacientes del estudio actual, 50% de las que presentaron Depresión postparto se encontraban solteras, el restante 50% se encontraban en Unión Libre o Casadas. Sin embargo, en estudios previos como el de Munch & Niemczyk en 2010, se indica que el estado civil predice la depresión posparto y las mujeres solteras tienen peor pronóstico en términos de depresión perinatal. No obstante Rivera y Robles discrepan indicando que solo 16.8% de las mujeres con depresión postparto se encontraban solteras y la mayoría se encontraban en unión libre (68%). El estado civil se considera directamente influyente en el desarrollo de la depresión postparto, pero Munch & Niemczyk también indican que no solo el estado civil constituye un factor de riesgo para depresión postparto, si no la calidad de la relación.

Con respecto a la Ocupación de las pacientes con o Depresión postparto establecida, predominó ser Ama de casa con 71.4% de las participantes. El restante 28.6% tenía algún tipo de oficio no relacionado a una carrera profesional, lo que permite afirmar que la mayoría de las pacientes estudiadas estaban desempleadas. Donde comparado a los resultados del estudio realizado por Yoshihiro et Al. En 2011, se constata que el empleo, especialmente el empleo a tiempo completo y tener un trabajo profesional o técnico, está significativamente asociado con un riesgo reducido de depresión posparto.

La Mayoría de las pacientes con Depresión postparto en el estudio fueron detectadas a las 4 – 5 semanas postparto, con el equivalente a 42.8%. Sin embargo, se encontraron pacientes con puntuación en la escala de Edimburgo mayor o igual a 14 puntos, hasta de 10 Semanas Postparto. El momento óptimo para el muestreo según Pearlstein et Al. es luego de las 4 semanas y antes de las 12 Semanas postparto que se correlaciona a la finalización del periodo puerperal. Por otro lado, en el estudio de Rivera y Robles no se incluyó el tiempo posterior al parto como variable a comparar. Shorey et Al. Indican que hasta 1 año después del parto la prevalencia de la depresión postparto se constituye por un 25% de las mujeres.

De las pacientes con Trastorno depresivo mayor el 57.1% presentó antecedentes de Embarazo de alto riesgo, entre los Factores que predominaron fueron: Cirugía en tracto reproductivo previa (21.4%), Antecedentes de Eclampsia/Hipertensión (14.3%), Extremos de la edad + 1

factor asociado (14,3%) y por último Diabetes Gestacional (7.1%). Lo que se relaciona con la aseveración de Ghaedrahmati et Al. Donde refieren que embarazo de alto riesgo se asocia a un mayor riesgo de depresión postparto. Del mismo modo Zadeh, Khajehei et Al. Secundan que la prevalencia total de depresión es mayor en mujeres que experimentaron un embarazo de alto riesgo. Estos resultados al compararse con los estudios nacionales realizado por Moreno Urquía o Rivera & Robles se encontró que no utilizaron el Embarazo de Alto Riesgo como Factor a estudiar en Depresión postparto. En las pacientes con Alto riesgo de depresión postparto y Depresión posible se encontró el antecedente de Embarazo de alto riesgo en 63% de ellas secundando la afirmación de que las pacientes con este antecedente deben monitorearse para depresión postparto por el alto riesgo que conlleva para su desarrollo.

Es necesario destacar que no hubo diferencia en la cantidad de pacientes Nulíparas y Multíparas con Depresión Postparto, ambas con 50% del total. No obstante, al valorar el tipo de parto, 64.3% de las pacientes tuvieron un parto Vaginal y 35.7% un parto vía Cesárea, lo que se diferencia de la aseveración realizada por Sun, Wang y Li en el año 2020 quienes indican que el riesgo de aparición de Depresión postparto es 33% mayor en partos vía Cesárea.

Con respecto a la variable de Antecedente de Enfermedad Neonatal, del total de la muestra 10.3% tuvieron bebés que requirieron Hospitalización durante el periodo Neonatal. De ellas 3 sufrieron Depresión Postparto, lo que equivale a 21.4% de las pacientes. En comparación Rivera y Robles utilizaron como variable El Bajo Peso al Nacer, sin embargo, esta no presentó significancia estadística en su estudio con  $OR = (1.1)$   $IC\ 95\% (0.2 - 5.6)$ . A diferencia de Dadi et Al. Quien demostró que la prevalencia de Depresión Postparto en madres de bebés ingresados en Cuidados intensivos es mayor en los países de ingresos bajos con 25,8%; ( $IC\ del\ 95\%: 17,9-33,8\%$ ) y alcanza su máximo en cinco a diez semanas después del nacimiento.

Por otra parte, el total de las pacientes con Depresión postparto y Complicaciones del puerperio fue de 42.8%, predominando la Hemorragia Postparto como principal complicación referida, seguido de infección puerperal (9.1%), Patología mamaria (9.1%) e Infección de sitio quirúrgico (9.1%). Encontrando asociación entre este factor y la depresión postparto, sin embargo, este resultado discrepa de la aseveración realizada por Righetti-Veltema et Al. quien indica que las mujeres con estas condiciones reciben cuidado y atención

especial lo que disminuye la frecuencia de Depresión postparto e incluso a mayor atención medica intensiva se puede retrasar o prevenir el inicio de la Depresión. Las complicaciones del puerperio no fueron utilizadas como variable a comparar en previos estudios nacionales.

En referencia al Antecedente de Violencia 14.3% de las pacientes con Depresión postparto si refirieron haber sufrido algún tipo de violencia previo al parto, lo que constituye una cifra pequeña, sin embargo, de forma semejante Senmao et. Al. Afirman que “Las experiencias de violencia materna se asociaron significativamente con un mayor riesgo de desarrollar Depresión postparto (OR = 2.04)”. Ambas pacientes refirieron haber experimentado violencia física, la que constituye el mayor detonante para la depresión materna.

De las pacientes entrevistadas para la realización de este trabajo investigativo, el 100% refirió no haber recibido consejería o promoción sobre Salud mental durante el embarazo y puerperio, esto se debe a que en las guías de práctica clínica nacionales sobre la atención prenatal y puerperio no se hace énfasis en la depresión como una patología común sufrida durante el postparto.

Para finalizar, abordaremos los Hábitos Tóxicos de la paciente durante el embarazo y puerperio, donde se encontró que, de las pacientes con Depresión Postparto, 21.4% indicaron haber consumido algún tipo de alcohol y 7.1% refirieron haber consumido Marihuana o Cannabis. Lo que permite secundar la aseveración realizada por Horrigan, Schroeder & Schaffer aseveraron: “Las mujeres son significativamente más propensas a experimentar sintomatología depresiva a las 8 semanas posparto si refieren tener un problema con las drogas o el alcohol”. En las mujeres con Alto riesgo de depresión y Depresión posible el 42.8% indicó consumo de sustancias tóxicas durante el embarazo, reafirmando el riesgo que constituye para la mujer la presencia de Hábitos Tóxicos.

### **3.3. CONCLUSIONES**

- De las embarazadas que acudieron al Centro de Salud Carlos Lacayo Manzanares a control puerperal a las que se les aplicó la Escala de Depresión postparto de Edimburgo, con una puntuación de corte  $\geq 14$  puntos como Diagnóstico de Depresión postparto, se obtuvo una tasa de Prevalencia de 14.4%.
- Con respecto a las Características Demográficas de las pacientes diagnosticadas se encontró que predominaron las edades  $< 20$  años o Adolescentes, con procedencia en su mayoría urbana, etnia mestiza, estado civil Soltera, escolaridad incompleta, sin empleo formal referido.
- Por otro lado, de los principales Antecedentes Gineco-obstétricos referidos la paridad no presentó contraste entre las pacientes. Predominó el control prenatal completo, la mayoría tuvo un embarazo de alto riesgo y no planificaron su embarazo.
- Mientras tanto de los Factores sociales encontrados las pacientes entrevistadas se encontraban en una media de 5 Semanas Postparto o Puerperio Alejado, predominó el parto vaginal, la mayoría refirió haber presentado complicaciones del puerperio y la minoría de los bebés nacidos sufrieron alguna enfermedad neonatal.
- De modo similar en los Factores sociales encontrados, la mayoría de las pacientes deprimidas negó historia de violencia, así como la presencia de hábitos tóxicos. Ninguna de las pacientes tuvo promoción de la Salud mental durante su embarazo o puerperio.
- Para finalizar, de la aplicación de la Escala de Depresión postparto de Edimburgo se obtuvieron los siguientes resultados: Depresión no probable 66.0%, Depresión Posible 8.25%, Alta Probabilidad de Depresión 11.35% y Depresión Postparto Establecida 14.40%.

### **3.4. RECOMENDACIONES**

#### **Al Ministerio de Salud**

- Incorporar a la Normativa 011 “Normas y Protocolos para la Atención Prenatal, Recién Nacido, Parto y Puerperio” la Escala de depresión postparto de Edimburgo como método diagnóstico en puérperas con Factores de Riesgo o que expresan síntomas de Depresión.

#### **Al Centro de salud Carlos Lacayo Manzanares**

- Realizar sesiones docentes e informativas para Capacitar al Personal de Salud sobre la importancia de la Captación oportuna y Diagnóstico de la Depresión Postparto
- Implementar la promoción de Buena Salud mental durante el Embarazo en Cada Atención Prenatal

#### **A la Universidad Nacional Autónoma de Nicaragua – UNAN MANAGUA**

- Promover investigaciones sobre Depresión Postparto a Mayor escala, para determinar la Prevalencia Nacional de la Enfermedad

## CAPITULO IV. BIBLIOGRAFÍA

1. Albuquerque, G., Lorenzo, L., Reinaux, G., Montenegro, M. C., & Cantilino, A. (2017). Screening and diagnosing postpartum depression: when an how? *Trends in Psychiatry and Psychotherapy*, 54-61. doi:<http://dx.doi.org/10.1590/2237-6089-2016-0034>
2. Almond, P. (2009). *Postnatal depression: A global public health perspective*. Obtenido de Perspectives in public health: <https://doi.org/10.1177/1757913909343882>
3. American Psychiatric Association, A. (2013). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders 5th Edition*. Washington, DC.: American Psychiatric Publishing.
4. American Psychiatric Association, A. (2018). *Suplemento del Manual Diagnóstico y Estadístico de Trastornos Mentales, Quinta Edición*. Washington, DC.: APA Publishing. Obtenido de [https://psychiatryonline.org/pb-assets/dsm/update/DSM5Update\\_octubre2018\\_es.pdf](https://psychiatryonline.org/pb-assets/dsm/update/DSM5Update_octubre2018_es.pdf)
5. Barton, K., Redshaw, M., & Quigley, M. (2017). Unplanned pregnancy and subsequent psychological distress in partnered women: a cross-sectional study of the role of relationship quality and wider social support. *BMC Pregnancy Childbirth*, 17, 44. doi:<https://doi.org/10.1186/s12884-017-1223-x>
6. Bergink, V., Rasgon, N., & Wisner, K. (2016). *Postpartum Psychosis: Madness, Mania, and Melancholia in Motherhood*. Obtenido de The American Journal of Psychiatry: <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.2016.16040454>
7. Bottino, M. B., Nadvorsky, P., Moraes, C. L., Reichenheim, M. E., & Lobato, G. (2012). Reappraising the relationship between maternal age and postpartum depression according to the evolutionary theory: Empirical evidence from a survey in primary health services,. *Journal of Affective Disorders*, 142(1-3), 219-224. doi:<https://doi.org/10.1016/j.jad.2012.04.030>.
8. Choi, S. K., Park, Y. G., Park, I. Y., Ko, H. S., & Shin, J. C. (2014). Impact of antenatal depression on perinatal outcomes and postpartum depression in Korean

- women. *Journal of Research in Medical Sciences*, 19,9, 807-812. Obtenido de <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4268186/>
9. Cox, J., & Holden, J. S. (1987). Detection of Postnatal depression Development of the 10-item Edingurgh Posnatal depression scale. *The British Journal of Psychiatry*.
  10. Dadi, A., Miller, E., & Mwanri, L. (2020). Postnatal depression and its association with adverse infant health outcomes in low- and middle-income countries: a systematic review and meta-analysis. *BMC Pregnancy Childbirth*. doi:<https://doi.org/10.1186/s12884-020-03092-7>
  11. Dodson, K. (2019). *Mental Illness, Infanticide, and Neonaticide*-University of Houston–Clear Lake, USA. Obtenido de The Eyclopedia of Women and Crime: <https://doi.org/10.1002/9781118929803.ewac0349>
  12. Ghaedrahmati, M., Kazemi, A. K., Ebrahimi, A., & Bahrami, M. (2017). Postpartum depression risk factors: A narrative review. *J Educ Health Promot*. doi:[https://dx.doi.org/10.4103%2Fjehp.jehp\\_9\\_16](https://dx.doi.org/10.4103%2Fjehp.jehp_9_16)
  13. Hamel, C., Lang, E., & Morissette, K. (2019). Screening for depression in women during pregnancy or the first year postpartum and in the general adult population: a protocol for two systematic reviews to update a guideline of the Canadian Task Force on Preventive Health Care. *Syst Rev*. doi: <https://doi.org/10.1186/s13643-018-0930-3>
  14. Hartmann, J., Mendoza-Sassi, R., & Cesar, J. (2017). Depresión entre puérperas: prevalencia y factores asociados. *Cadernos de Saúde Pública*, 33(9). doi:<https://doi.org/10.1590/0102-311x00094016>
  15. Horrigan, T. J., Schroeder, A. V., & Schaffer, R. M. (2000). The triad of substance abuse, violence, and depression are interrelated in pregnancy. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 18(1), 55-58. doi:[https://doi.org/10.1016/S0740-5472\(99\)00058-6](https://doi.org/10.1016/S0740-5472(99)00058-6).
  16. Iwata, H., Mori, E., Sakajo, A., Aoki, K., Maehara, K., & Tamakoshi, K. (2016). Prevalence of Postpartum depressive symptoms during the first 6 months postpartum:

- Association with maternal age and parity. *Journal of Affective Disorders*, 203, 227-232. doi:<https://doi.org/10.1016/j.jad.2016.06.002>.
17. Liu, C. T. (2013). Rates and Predictors of Postpartum Depression by Race and Ethnicity: Results from the 2004 to 2007 New York City PRAMS Survey (Pregnancy Risk Assessment Monitoring System). *Matern Child Health J*, 1599–1610. doi:<https://doi.org/10.1007/s10995-012-1171-z>
  18. Martínez, R., Betancourt, C., Zuñiga, E., Meneses, Y., Fernández, N., & Barrera, M. (2016). Prevalencia de tamiz positivo para Depresión Postparto en un Hospital de tercer nivel y posibles factores asociados. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, 45(4), 253-261. doi:DOI: 10.1016/j.rcp.2016.03.002
  19. Matsumura, K., Hamazaki, K., & Tsuchida, A. (2019). Education level and risk of postpartum depression: results from the Japan Environment and Children's Study (JECS). *BMC Psychiatry*, 419. doi:<https://doi.org/10.1186/s12888-019-2401-3>
  20. MINSA, M. d. (Noviembre de 2015). *Normas y protocolos para la atención prenatal, parto, recién nacido/a y puerperio. Normativa - 011*. Managua, Nicaragua: Biblioteca Nacional de Salud.
  21. MINSA, M. d. (Noviembre de 2020). *Normas y protocolos para la atención prenatal, parto, recién nacido/a y puerperio. Normativa - 011 Tercera Edición*. Managua, Nicaragua: Biblioteca Nacional de Salud.
  22. Mohamad Yusuff, A. S., Tang, L., Binns, C., & Lee, A. (2015). Prevalence and risk factors for postnatal depression in Sabah, Malaysia: A cohort study. *Women and Birth*, Volume 28(1), 25-29. doi:<https://doi.org/10.1016/j.wombi.2014.11.002>.
  23. Moreno Urquía, H. M. (2019). PREVALENCIA DE DEPRESIÓN EN EMBARAZADAS QUE ACUDEN AL CONTROL PRENATAL, CENTRO INTEGRAL DE SALUD EL JICARITO, SAN ANTONIO DE ORIENTE, FRANCISCO MORAZÁN, HONDURAS. OCTUBRE A DICIEMBRE 2018. *Centro de Investigaciones y Estudios de la Salud*, 1-73. Obtenido de <https://repositorio.unan.edu.ni/10484/1/t1019.pdf>

24. Munch, S., & Niemczyk, K. (2010). Predictors of Maternal Depression in the First Year Postpartum: Marital Status and Mediating Role of Relationship Quality. *Social Work in Healthcare*, 227-244. doi:<https://doi.org/10.1080/00981380903213055>
25. Muraca, G., & KS, J. (2014). The association between maternal age and depression. (a. t. School of Population and Public Health, Ed.) *J Obstet Gynaecol Can.* doi:[https://doi.org/10.1016/s1701-2163\(15\)30482-5](https://doi.org/10.1016/s1701-2163(15)30482-5)
26. O'Hara, M., & McCabe, J. (2013). *Postpartum Depression: Current Status and Future Directions*. Obtenido de Annual Reviews of Clinical Psychology: [https://www.researchgate.net/profile/Michael-Ohara-7/publication/235439726\\_Postpartum\\_Depression\\_Current\\_Status\\_and\\_Future\\_Directions/links/5e3aa7bd458515072d80699b/Postpartum-Depression-Current-Status-and-Future-Directions.pdf](https://www.researchgate.net/profile/Michael-Ohara-7/publication/235439726_Postpartum_Depression_Current_Status_and_Future_Directions/links/5e3aa7bd458515072d80699b/Postpartum-Depression-Current-Status-and-Future-Directions.pdf)
27. Payne, J., & Maguire, J. (2019). Pathophysiological mechanisms implicated in postpartum depression. *Frontiers in Neuroendocrinology*, 165-180. doi:<https://doi.org/10.1016/j.yfrne.2018.12.001>
28. Pearlstein, T., Howard, M., Salisbury, A., & Zlotnick, C. (2009). Postpartum depression. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*. doi:[doi:10.1016/j.ajog.2008.11.033](https://doi.org/10.1016/j.ajog.2008.11.033)
29. Righetti-Veltema, M., Conne-Perreard, E., Bousquet, A., & Manzano, J. (1998). Risk factors and predictive signs of postpartum depression. *Journal of Affective disorders*. doi:[https://doi.org/10.1016/S0165-0327\(97\)00110-9](https://doi.org/10.1016/S0165-0327(97)00110-9)
30. Rivera, E., & Robles, D. (2017). *PREVALENCIA Y FACTORES ASOCIADOS A LA DEPRESIÓN POSPARTO EN PUÉRPERAS EGRESADAS DEL HOSPITAL ESCUELA OSCAR DANILO ROSALES, HEODRA LEÓN- NICARAGUA, MARZO – JULIO DE 2017*. Obtenido de Repositorio UNAN LEON: <http://riul.unanleon.edu.ni:8080/jspui/handle/123456789/7905>
31. Senmao, Z., Wang, L. Y., & Qin, J. (2020). Maternal violence experiences and risk of postpartum depression: A meta-analysis of cohort studies. *European Psychiatry*, 90-101. doi:[doi:10.1016/j.eurpsy.2018.10.005](https://doi.org/10.1016/j.eurpsy.2018.10.005)

32. Shorey, S., Yin Ing Chee, C., Debby, E., Chan, Y. H., & Chong, Y. S. (September, 2018). Prevalence and incidence of postpartum depression among healthy mothers: A systematic review and meta-analysis. *Journal of Psychiatric Research*, 104, 235-248. doi:<https://doi.org/10.1016/j.jpsychires.2018.08.001>.
33. Shrivastava, S., Shrivastava, P., & Ramasamy, J. (2015). Antenatal and postnatal depression: A public health perspective. *Journal of neurosciences in rural practice*, 6,1, 116-119. doi:<https://dx.doi.org/10.4103%2F0976-3147.143218>
34. Stewart, D., & Vigod, S. (2016). Postpartum Depression. *New England Journal of Medicine*. doi:10.1056/NEJMcp1607649
35. Stewart, D., & Vigod, S. (2019). Postpartum Depression: Pathophysiology, Treatment, and Emerging Therapeutics. *Annual Review of Medicine*. doi:<https://doi.org/10.1146/annurev-med-041217-011106>
36. Sun, L., Wang, S., & Li, X.-Q. (2020). Association between mode of delivery and postpartum depression: A systematic review and network meta-analysis. *Australian & New Zealand Journal of Psychiatry*, 55(6), 588-601. doi:<https://doi.org/10.1177%2F0004867420954284>
37. Terrén, C., García, L., Navarro, P., Aguado, J., Ojuel, J., & Tarragona, J. (2003). Prevalencia de la depresión posparto en las madres españolas: comparación de la estimación mediante la entrevista clínica estructurada y la escala de depresión posparto de Edimburgo. *Medicina Clínica*, 120(9), 326-329. Obtenido de <https://www.elsevier.es/es-revista-medicina-clinica-2-articulo-prevalencia-depresion-posparto-madres-espanolas-13044232>
38. Tolentino, J., & Schmidt, S. (2018). DSM-5 Criteria and Depression Severity: Implications for Clinical Practice. *Frontiers in Psychiatry*. doi:10.3389/fpsy.2018.00450
39. Ukatu, N., Clare, C. A., & Brulja, M. (2018). Postpartum Depression Screening Tools: A Review. *Psychosomatics*, 211-219. doi:<https://doi.org/10.1016/j.psym.2017.11.005>

40. Venkatesh, K. K., Triche, E. W., Ware, C., & Phipps, M. G. (2014). Accuracy of brief screening tools for identifying postpartum depression among adolescent mothers. *Pediatrics*, *133*(1), e45–e53. Obtenido de <https://doi.org/10.1542/peds.2013-1628>
41. Vigod, S. N., Tarasoff, L. A., Bryja, B., Dennis, C. L., Yudin, M. H., & Ross, L. E. (2013). Relation between place of residence and postpartum depression. *CMAJ : Canadian Medical Association journal = journal de l'Association medicale*, *1129*–*1135*. doi:<https://doi.org/10.1503/cmaj.122028>
42. Vigod, S., & Steward, D. (2019). Postpartum Depression: Pathophysiology, Treatment, and Emerging Therapeutics. *Annual Review of Medicine*, *70*, 183-196. doi:Postpartum Depression: Pathophysiology, Treatment, and Emerging Therapeutics
43. Vigod, S., Villegas, L. D., & Ross, L. (2010). Prevalence and risk factors for postpartum depression among women with preterm and low-birth-weight infants: a systematic review. *BJOG*, *540*-*550*. doi:<https://doi.org/10.1111/j.1471-0528.2009.02493.x>
44. Villavicencio, S., & Barrantes, I. (Enero de 2020). *Trastornos psiquiátricos frecuentes en el periodo postparto*. Obtenido de Revista Médica Sinergia: <https://doi.org/10.31434/rms.v5i12.618>
45. Wubetu, A., Engidaw, N., & Gizachew, K. (2020 Mar 30). Prevalence of postpartum depression and associated factors among postnatal care attendees in Debre Berhan, Ethiopia, 2018. *BMC Pregnancy Childbirth.*, *20*(1):189. doi:doi: 10.1186/s12884-020-02873-4.
46. Yoshihiro, M., Keiko, T., Satoshi, S., & Yoshio, H. (2011). Employment, income, and education and risk of postpartum depression: The Osaka Maternal and Child Health Study. *Journal of Affective Disorders*, *130*(Issues 1-2), 133-137. doi:<https://doi.org/10.1016/j.jad.2010.10.024>
47. Zadeh, M. A., Khajehei, M., Sharif, F., & Hadzic, M. (2013). High-risk pregnancy: Effects on postpartum depression and anxiety. *British Journal of Midwifery*, *20*. doi:<https://doi.org/10.12968/bjom.2012.20.2.104>

## CAPITULO V. ANEXOS

### ANEXO 1. ESCALA DE DEPRESIÓN POSTPARTO DE EDIMBURGO

Puntuación EDPE	Interpretación	Acción
Menor a 8 puntos	Depresión no probable	Consejería
9 a 11 puntos	Depresión Posible	Repetir en 2 – 4 semanas. Consejería y Referir a Atención primaria en Psicología.
12 – 13 puntos	Alta probabilidad de Depresión	Apoyo, consejería y valorar con Médico en atención primaria.
14 puntos o más	Depresión postparto establecida o Trastorno Depresivo Mayor	Diagnóstico y tratamiento por especialista en Salud Mental.

\* Puntuación 1,2 o 3 en pregunta Número 10 (Alto riesgo de Suicidio)

Tabla 1 Fuente: Cox JL, Holden JM, Sagovsky R *Detection of postnatal depression: Development of the 10-item Edinburgh Postnatal Depression Scale*. The British Journal of Psychiatry. (1987).



## ANEXO 2. CARTA DE SOLICITUD A CENTRO DE SALUD



UNIVERSIDAD  
NACIONAL  
AUTÓNOMA DE  
NICARAGUA,  
MANAGUA  
UNAN-MANAGUA

Mateare, viernes 18 de Junio 2021

Dra. Tania Libertad Tercero

Directora del Centro de Salud Carlos Lacayo Manzanares

Estimada Doctora Tercero

El motivo de la presente es para solicitar su autorización en la realización del estudio con el siguiente tema **“Prevalencia de Depresión Postparto, aplicando la Escala de Edimburgo, en mujeres puérperas atendidas en el Centro de Salud Carlos Lacayo Manzanares en la Ciudad de Mateare I semestre 2021”** en la unidad de salud que usted coordina.

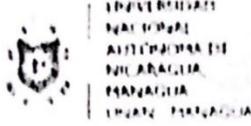
Anexo a este documento se incluye copia de la carta de aceptación de Protocolo de investigación emitida por la Universidad Nacional Autónoma de Nicaragua, así como copia del protocolo de Investigación a realizar.

Sin más a que referirme, espero una respuesta positiva de su parte.

Atentamente

Br. Hilary Johan Baldizon Roa





FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS  
MANAGUA

2021 ANEXO SUPLENIMIENTO DE LA NORMATIVA CENTROAMERICANA

Managua 2 de junio 2021

Dr Hilary Johan Baldizon Roa

Estimados Bachilleres

En acuerdo con su tutor se le aprueba el Protocolo de Investigación Monográfica presentada a esta Facultad, como requisito final para optar al título de Médico y Cirujano

"Prevalencia de Depresión Postparto, aplicando la Escala de Edimburgo en mujeres puérperas atendidas en el Centro de Salud Carlos Lacayo Manzanares en la Ciudad de Mateare".

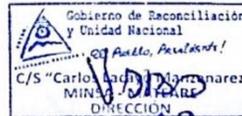
Le informamos que puede proceder a la recolección de datos y elaboración del Informe Final, siguiendo el esquema reglamentado por la Facultad

Sin más a que referirme, me despido de usted

MSc Yadir Medrano Managua  
Coordinadora de Trabajos Monográficos de grado



C. C. Ana Leonor Gallardo / Secretaria Académica  
Información más



17/6/21



## ANEXO 3. INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS



UNIVERSIDAD  
NACIONAL  
AUTÓNOMA DE  
NICARAGUA,  
MANAGUA  
UNAN-MANAGUA

**Entrevista: Prevalencia del Síndrome de Depresión Postparto diagnosticado a través de la Escala de Edimburgo en participantes de Atención puerperal en el Centro de Salud Carlos Lacayo Manzanares en la Ciudad de Mateare, en período Enero – junio 2021.**

Número asignado: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

### I. Características Demográficas

Nombre y Apellidos: \_\_\_\_\_

Edad: \_\_\_\_\_ Procedencia: \_\_\_\_\_ Etnia: \_\_\_\_\_ Ocupación: \_\_\_\_\_

Escolaridad: \_\_\_\_\_ Estado Civil: \_\_\_\_\_

Teléfono: \_\_\_\_\_ Dirección: \_\_\_\_\_

### II. Antecedentes Gineco-obstétricos y Factores Postnatales:

Paridad: \_\_\_\_\_ Controles Prenatales: \_\_\_\_\_

Embarazo de Alto Riesgo: Si \_\_\_ No \_\_\_ Especifique: \_\_\_\_\_

Tipo de Parto: \_\_\_\_\_ G: \_\_\_\_\_ P: \_\_\_\_\_ A: \_\_\_\_\_ C: \_\_\_\_\_

Embarazo Deseado: Si \_\_\_ No \_\_\_

Fecha de Parto: \_\_\_\_\_ N° de Hijos Vivos: \_\_\_\_\_

Clasificación del Puerperio: \_\_\_\_\_

Complicaciones del Puerperio: Si \_\_\_ No \_\_\_ Especifique: \_\_\_\_\_

Enfermedad Neonatal: Si \_\_\_ No \_\_\_ Especifique: \_\_\_\_\_

Semanas Postparto: \_\_\_\_\_

### III. Características Sociales

Historia de Violencia: Si \_\_\_ No \_\_\_ Especifique: \_\_\_\_\_

Fuma: Si \_\_\_ No \_\_\_ Cantidad: \_\_\_\_\_ Edad de Inicio: \_\_\_\_\_

Consumo de Drogas: Si \_\_\_ No \_\_\_ Cantidad: \_\_\_\_\_ Edad de Inicio: \_\_\_\_\_

Consumo de Alcohol: Si \_\_\_ No \_\_\_ Cantidad: \_\_\_\_\_ Edad de Inicio: \_\_\_\_\_

Promoción de Salud Mental durante el Embarazo Si \_\_\_ No \_\_\_

### Test de Edimburgo Instrucciones de uso:

1. Se le pide a la participante que escoja la respuesta que más se asemeje a la manera en que se sintió en los 7 días anteriores.
2. Tiene que responder las diez preguntas. Se debe tener cuidado y evitar la posibilidad de que la entrevistada hable sobre sus respuestas con otras personas.
3. La persona debe responder la escala ella misma, a no ser que sus conocimientos del idioma sean limitados o que tenga problemas para leer.

Encierre con un círculo la respuesta.

#### 1) He podido reír y ver el lado positivo de las cosas:

- a) igual que siempre
- b) Un poco menos que antes
- c) Mucho menos que antes
- d) No he podido

#### 2. He mirado el futuro con placer:

- a) Igual que siempre
- b) Bastante menos que antes
- c) Mucho menos que antes
- d) No, nada

#### 3) Me he culpado sin necesidad cuando las cosas han marchado mal:

- a) No, nunca
- b) No con mucha frecuencia
- c) Si, algunas veces
- d) Si, casi siempre

#### 4) He estado preocupada, ansiosa y asustada sin ninguna razón:

- a) No, en absoluto
- b) No mucho
- c) Si, a veces
- d) Si, con mucha frecuencia

**5) Me he sentido con miedo o presa del pánico**

- a) No, en absoluto
- b) No, mucho
- c) Si, a veces
- d) Si, bastante

**6) Me he sentido agobiada:**

- a) No, me las he arreglado igual que siempre
- b) No, la mayoría de las veces me las he arreglado bastante bien
- c) A veces no me las he arreglado tan bien como siempre
- d) Si. La mayoría de las veces no me las he arreglado en absoluto

**7) Me he sentido tan desdichada e infeliz que he tenido dificultad para dormir:**

- a) No, en absoluto
- b) No, con mucha frecuencia
- c) Si, con bastante frecuencia
- d) Si, casi todo el tiempo

**8) Me he sentido triste y abatida**

- a) No, en absoluto
- b) No con mucha frecuencia
- c) Si, con bastante frecuencia
- d) SI, casi todo el tiempo

**9) He estado tan infeliz que me echo a llorar:**

- a) No, nunca
- b) Solo ocasionalmente
- c) Si, bastante a menudo
- d) Si, casi todo el tiempo

**10) He pensado en hacerme daño a mí misma:**

- a) Nunca
- b) Casi nunca
- c) A veces
- d) Si, con bastante frecuencia

**Fuente:** British Journal of Psychiatry June, 1987, Vol. 150 by J.L. Cox, J.M. Holden, R. Sagovsky.

*¡Muchas Gracias por su participación!*

**Para uso del Examinador**

Puntaje Total: \_\_\_\_\_

Clasificación del grado de Depresión Postparto: \_\_\_\_\_

## ANEXO 4. FORMULARIO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO



UNIVERSIDAD  
NACIONAL  
AUTÓNOMA DE  
NICARAGUA,  
MANAGUA  
UNAN-MANAGUA

### Formulario de Consentimiento informado

He sido invitada a participar en la investigación titulada: “Prevalencia del Síndrome de Depresión Postparto diagnosticado a través de la Escala de Edimburgo en participantes de Atención puerperal en el Centro de Salud Carlos Lacayo Manzanares en la Ciudad de Mateare, en período Enero – junio 2021”.

Entiendo que voy a contestar la auto encuesta propia de la escala de Edimburgo para considerar la enfermedad de nombre Síndrome de Depresión Postparto y se me realizaran preguntas que responderé de forma honesta.

He leído la información proporcionada o me ha sido leída, He tenido la oportunidad de preguntar sobre ella y se me ha contestado satisfactoriamente las preguntas que he realizado. Consiento voluntariamente participar en esta investigación y comprendo que la información brindada será revelada únicamente con fines educativos y de investigación.

Este estudio sentará un precedente en esta importante temática de la salud pública y agradecemos su participación positiva.

**Nombre del Investigador: Br. Hilary Johan Baldizon Roa**

Nombre del Participante \_\_\_\_\_

Firma del Participante \_\_\_\_\_

Fecha \_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_.

## ANEXO 5. TABLAS DE RESULTADOS

**Tabla 1: Características Sociodemográficas de las Pacientes puérperas entrevistadas durante el I Semestre 2021 en el Centro de Salud Carlos Lacayo Manzanares.**

<b>Variable</b>	<b>Frecuencia (N= 97)</b>	<b>Porcentaje</b>
<b>Grupo etario edad</b>		
< 20	32	<b>33.0%</b>
20- 25	35	<b>36.1%</b>
26- 30	16	<b>16.5%</b>
31- 34	8	<b>8.2%</b>
> 35	6	<b>6.2%</b>
<b>Procedencia</b>		
Urbano	73	<b>75.3%</b>
Rural	24	<b>24.7%</b>
<b>Etnia</b>		
Mestizo	97	<b>100%</b>
<b>Estado Civil</b>		
Soltera	20	<b>20.6%</b>
Casada	21	<b>21.6%</b>
Unión libre	56	<b>57.7%</b>
<b>Escolaridad</b>		
Analfabeta	6	<b>6.2%</b>
Primaria Completa	13	<b>13.4%</b>
Primaria Incompleta	18	<b>18.6%</b>
Secundaria Completa	36	<b>37.1%</b>
Secundaria Incompleta	15	<b>15.5%</b>
Universitario	8	<b>8.2%</b>
Técnico	1	<b>1.0%</b>
<b>Ocupación</b>		
Ama de casa	<b>63</b>	<b>64.9%</b>
Asistente del hogar	<b>3</b>	<b>3.1%</b>
Operaria de zona franca	<b>5</b>	<b>5.2%</b>
Oficio relacionado a carrera profesional	<b>6</b>	<b>6.2%</b>
Comerciante	<b>16</b>	<b>16.5%</b>
Estudiante	<b>4</b>	<b>4.1%</b>

**Fuente:** Ficha de recolección de datos

**Tabla 2: Antecedentes gineco-obstétricos de las pacientes puérperas entrevistadas durante el I Semestre 2021 en el Centro de Salud Carlos Lacayo Manzanares.**

Variable	Frecuencia (N= 97)	Porcentaje
<b>Paridad</b>		
Nulípara	40	41.2%
Múltipara	57	58.8%
<b>Control Prenatal</b>		
Completo	57	58.8%
Incompleto	40	41.2%
<b>Embarazo de Alto Riesgo</b>		
Si	50	51.5%
No	47	48.5%
<b>Planificación del Embarazo</b>		
Planeado	30	30.9%
No Planeado	67	69.1%

Fuente: Ficha de recolección de datos

**Tabla 3: Factores postnatales de las pacientes puérperas entrevistadas durante el I Semestre 2021 en el Centro de Salud Carlos Lacayo Manzanares.**

Variable	Frecuencia (N= 97)	Porcentaje
<b>Semanas Postparto</b>		
4	32	33.0%
5	20	20.6%
6	14	14.4%
7	14	14.4%
8	4	4.1%
9	5	5.2%
10	8	8.2%
<b>Tipo de Parto</b>		
Vaginal	72	74.2%
Cesárea	25	25.8%
<b>Clasificación del Puerperio</b>		
P. fisiológico alejado	48	49.5%
P. fisiológico tardío	24	24.7%
P. patológico alejado	18	18.6%
P. patológico tardío	7	7.2%
<b>Complicaciones del Puerperio</b>		
• Si	25	25.8%
• No	72	74.2%
<b>Enfermedad Neonatal</b>		
Si	10	10.3%
No	87	89.7%

Fuente: Ficha de recolección de datos

**Tabla 4: Medidas estadísticas de Semanas postparto de las Pacientes puérperas entrevistadas durante el I Semestre 2021**

Semanas Postparto	
<b>Media</b>	5,85
<b>Mediana</b>	5,00
<b>Moda</b>	4
<b>Desviación estándar</b>	1,906
<b>Varianza</b>	3,632
<b>Mínimo</b>	4
<b>Máximo</b>	10

Fuente: Ficha de recolección de datos

**Tabla 5: Características Sociales de las Pacientes puérperas entrevistadas durante el I Semestre 2021 en el Centro de Salud Carlos Lacayo Manzanares.**

Variable	Frecuencia (N= 97)	Porcentaje
<b>Historia de Violencia</b>		
Infantil	1	1,0%
Física	3	3,1%
Psicológica	5	5,2%
Ninguna	88	90,7%
<b>Hábitos Tóxicos</b>		
Tabaco	6	6,2%
Alcohol	13	13,4%
Marihuana	2	2,1%
Ninguno	76	78,4%
<b>Promoción de Salud Mental</b>		
Si	0	0%
No	97	100%

Fuente: Ficha de recolección de datos

**Tabla 6: Resultados de Puntaje al aplicar el Test de Edimburgo en puérperas entrevistadas durante el I Semestre 2021 en el Centro de Salud Carlos Lacayo Manzanares.**

<b>Puntaje Test de Edimburgo</b>	<b>Frecuencia</b>	<b>Porcentaje</b>	<b>Porcentaje acumulado</b>
0	43	44.3%	44.3
1	8	8.2%	52.6
2	7	7.2%	59.8
3	2	2.1%	61.9
4	3	3.1%	64.9
7	1	1.0%	66.0
8	1	1.0%	67.0
9	4	4.1%	71.1
10	3	3.1%	74.2
11	2	2.1%	76.3
12	4	4.1%	80.4
13	5	5.2%	85.6
14	2	2.1%	87.6
16	3	3.1%	90.7
17	3	3.1%	93.8
18	3	3.1%	96.9
19	1	1.0%	97.9
20	1	1.0%	99.0
23	1	1.0%	100.0
<b>Total</b>	<b>97</b>	<b>100.0</b>	

Fuente: Ficha de recolección de datos

**Tabla 7: Medidas estadísticas de resultados de Puntaje al aplicar el Test de Edimburgo en puérperas entrevistadas durante el I Semestre 2021 en el Centro de Salud Carlos Lacayo Manzanares.**

<b>Puntaje total del test</b>	
<b>Media</b>	5.14
<b>Mediana</b>	1.00
<b>Moda</b>	0
<b>Desviación estándar</b>	6.633
<b>Varianza</b>	44.000
<b>Rango</b>	23
<b>Mínimo</b>	0
<b>Máximo</b>	23

Fuente: Ficha de recolección de datos

**Tabla 8: Grado de depresión Postparto aplicando la Escala de Edimburgo en Pacientes puérperas entrevistadas durante el I Semestre 2021 en el Centro de Salud Carlos Lacayo Manzanares.**

Grado de Depresión Postparto	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
Depresión no probable	64	66,00%	66,0
Depresión posible	8	8,25%	74,2
Alta probabilidad de depresión	11	11,35%	85,6
Trastorno depresivo mayor	14	14,40%	100,0
<b>Total</b>	<b>97</b>	<b>100,0%</b>	

Fuente: Ficha de recolección de datos

**Tabla 9: Edad \* Grado de Depresión postparto en puérperas entrevistadas durante el I Semestre 2021 en el Centro de Salud Carlos Lacayo Manzanares.**

Edad en años	Clasificación del grado de depresión postparto								Total	
	Depresión no probable		Depresión posible		Alta probabilidad de depresión		Depresión Postparto Establecida			
< 20	18	28.1%	4	50.0%	4	36.4%	6	42.9%	32	33.0%
20- 25	28	43.8%	1	12.5%	3	27.3%	3	21.4%	35	36.1%
26- 30	12	18.8%	1	12.5%	0	0.0%	3	21.4%	16	16.5%
31- 34	2	3.1%	2	25.0%	3	27.3%	1	7.1%	8	8.2%
> 35	4	6.2%	0	0.0%	1	9.1%	1	7.1%	6	6.2%
<b>Total</b>	<b>64</b>	<b>100%</b>	<b>8</b>	<b>100%</b>	<b>11</b>	<b>100%</b>	<b>14</b>	<b>100%</b>	<b>97</b>	<b>100%</b>

Fuente: Ficha de recolección de datos

**Tabla 10: Escolaridad \* Grado de Depresión postparto en puérperas entrevistadas durante el I Semestre 2021 en el Centro de Salud Carlos Lacayo Manzanares.**

Escolaridad	Clasificación del grado de depresión postparto								Total	
	Depresión no probable		Depresión posible		Alta probabilidad de depresión		Depresión Postparto Establecida			
Analfabeta	3	4.7%	1	12.5%	1	9.1%	1	7.1%	6	6.2%
Primaria Incompleta	7	10.9%	2	25.0%	0	0.0%	4	28.6%	13	13.4%
Primaria Completa	11	17.2%	2	25.0%	3	27.3%	2	14.3%	18	18.6%
Secundaria Incompleta	25	39.1%	2	25.0%	5	45.5%	4	28.6%	36	37.1%
Secundaria Completa	11	17.2%	1	12.5%	0	0.0%	3	21.4%	15	15.5%
Universitaria	6	9.4%	0	0.0%	2	18.2%	0	0.0%	8	8.2%
Técnico	1	1.6%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	1	1.0%
<b>Total</b>	<b>64</b>	<b>100%</b>	<b>8</b>	<b>100%</b>	<b>11</b>	<b>100%</b>	<b>14</b>	<b>100%</b>	<b>97</b>	<b>100%</b>

Fuente: Ficha de recolección de datos

**Tabla 11: Procedencia \* Grado de Depresión postparto en puérperas entrevistadas durante el I Semestre 2021 en el Centro de Salud Carlos Lacayo Manzanares.**

Procedencia	Clasificación del grado de depresión postparto								Total	
	Depresión no probable		Depresión posible		Alta probabilidad de depresión		Depresión Postparto Establecida			
Urbano	48	75.0%	6	75.0%	8	72.7%	11	78.6%	73	75.3%
Rural	16	25.0%	2	25.0%	3	27.3%	3	21.4%	24	24.7%
<b>Total</b>	<b>64</b>	<b>100%</b>	<b>8</b>	<b>100%</b>	<b>11</b>	<b>100%</b>	<b>14</b>	<b>100%</b>	<b>97</b>	<b>100%</b>

Fuente: Ficha de recolección de datos

**Tabla 12: Estado Civil \* Grado de Depresión postparto en puérperas entrevistadas durante el I Semestre 2021 en el Centro de Salud Carlos Lacayo Manzanares.**

Estado Civil	Clasificación del grado de depresión postparto								Total	
	Depresión no probable		Depresión posible		Alta probabilidad de depresión		Trastorno depresivo mayor			
Soltera	10	15.6%	2	25.0%	1	9.1%	7	50.0%	20	20.6%
Casada	14	21.9%	1	12.5%	3	27.3%	3	21.4%	21	21.6%
Unión Libre	40	62.5%	5	62.5%	7	63.6%	4	28.6%	56	57.7%
<b>Total</b>	<b>64</b>	<b>100.00%</b>	<b>8</b>	<b>100.00%</b>	<b>11</b>	<b>100.00%</b>	<b>14</b>	<b>100.00%</b>	<b>97</b>	<b>100.00%</b>

**Tabla 13: Ocupación \* Grado de Depresión postparto en puérperas entrevistadas durante el I Semestre 2021 en el Centro de Salud Carlos Lacayo Manzanares.**

Oficio al que se dedica	Clasificación del grado de depresión postparto								Total	
	Depresión no probable		Depresión posible		Alta probabilidad de depresión		Depresión Postparto Establecida			
Ama de casa	43	67.2%	4	50.0%	6	54.5%	10	71.4%	63	64.9%
Asistente del hogar	1	1.6%	1	12.5%	0	0.0%	1	7.1%	3	31.1%
Operaria de zona franca	4	6.2%	0	0.0%	0	0.0%	1	7.1%	5	5.2%
Oficio relacionado a carrera profesional	4	6.2%	0	0.0%	2	18.2%	0	0.0%	6	6.2%
Comerciante	11	17.2%	1	12.5%	3	27.3%	1	7.1%	16	16.5%
Estudiante	1	1.6%	2	25.0%	0	0.0%	1	7.1%	4	4.1%
<b>Total</b>	<b>64</b>	<b>100%</b>	<b>8</b>	<b>100%</b>	<b>11</b>	<b>100%</b>	<b>14</b>	<b>100%</b>	<b>97</b>	<b>100%</b>

Fuente: Ficha de recolección de datos

**Tabla 14: Semanas de Puerperio \* Grado de Depresión postparto puérperas entrevistadas durante el I Semestre 2021 en el Centro de Salud Carlos Lacayo Manzanares.**

Semanas de Puerperio	Clasificación del grado de depresión postparto								Total	
	Depresión no probable		Depresión posible		Alta probabilidad de depresión		Depresión Postparto Establecida			
4	26	40.6%	1	12.5%	2	18.2%	3	21.4%	32	33.0%
5	11	17.2%	3	37.5%	3	27.3%	3	21.4%	20	20.6%
6	9	14.1%	0	0.0%	3	27.3%	2	14.3%	14	14.4%
7	9	14.1%	0	0.0%	3	27.3%	2	14.3%	14	14.4%
8	3	4.7%	0	0.0%	0	0.0%	1	7.1%	4	4.1%
9	2	3.1%	2	25.0%	0	0.0%	1	7.1%	5	5.2%
10	4	6.2%	2	25.0%	0	0.0%	2	14.3%	8	8.2%
<b>Total</b>	<b>64</b>	<b>100%</b>	<b>8</b>	<b>100%</b>	<b>11</b>	<b>100%</b>	<b>14</b>	<b>100%</b>	<b>97</b>	<b>100%</b>

Fuente: Ficha de recolección de datos

**Tabla 15: Embarazo de Alto Riesgo \* Grado de Depresión postparto en puérperas entrevistadas durante el I Semestre 2021 en el Centro de Salud Carlos Lacayo Manzanares.**

Factores de Alto Riesgo	Depresión no probable		Depresión posible		Alta probabilidad de depresión		Trastorno depresivo mayor		Total	
Ninguno	34	53,1%	3	37,5%	4	36,4%	6	42,9%	47	48,5%
Antecedentes de Preeclampsia/Eclampsia o Hipertensión	6	9,4%	1	12,5%	0	0,0%	2	14,3%	9	9,3%
Cirugía en tracto reproductivo	4	6,2%	1	12,5%	2	18,2%	3	21,4%	10	10,3%
Masa Pélvica	1	1,6%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	1	1,0%
Presión arterial diastólica Mayor 90mmHg	1	1,6%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	1	1,0%
Cualquier patología crónica	1	1,6%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	1	1,0%
Diabetes Gestacional	6	9,4%	1	12,5%	2	18,2%	1	7,1%	10	10,3%
Peso RN Menor 2000gr o Mayor 4000gr	5	7,8%	1	12,5%	0	0,0%	0	0,0%	6	6,2%
Extremos de la edad + 1 Factor de Riesgo	5	7,8%	1	12,5%	2	18,2%	2	14,3%	10	10,3%
Sangrado Vaginal	1	1,6%	0	0,0%	1	9,1%	0	0,0%	2	2,1%
<b>Total</b>	<b>64</b>	<b>100,0%</b>	<b>8</b>	<b>100,0%</b>	<b>11</b>	<b>100,0%</b>	<b>14</b>	<b>100,0%</b>	<b>97</b>	<b>100,0%</b>

Fuente: Ficha de recolección de datos

**Tabla 16: Paridad \* Grado de Depresión postparto en puérperas entrevistadas durante el I Semestre 2021 en el Centro de Salud Carlos Lacayo Manzanares.**

Paridad	Clasificación del grado de depresión postparto								Total	
	Depresión no probable		Depresión posible		Alta probabilidad de depresión		Depresión Postparto Establecida			
<b>Nulípara</b>	26	40.6%	4	50.0%	3	27.3%	7	50.0%	<b>40</b>	<b>41.2%</b>
<b>Múltipara</b>	38	59.4%	4	50.0%	8	72.7%	7	50.0%	<b>57</b>	<b>58.8%</b>
<b>Total</b>	<b>64</b>	<b>100%</b>	<b>8</b>	<b>100%</b>	<b>11</b>	<b>100%</b>	<b>14</b>	<b>100%</b>	<b>97</b>	<b>100%</b>

Fuente: Ficha de recolección de datos

**Tabla 17: Tipo de Parto \* Grado de Depresión postparto en puérperas entrevistadas durante el I Semestre 2021 en el Centro de Salud Carlos Lacayo Manzanares.**

Tipo de Parto	Clasificación del grado de depresión postparto								Total	
	Depresión no probable		Depresión posible		Alta probabilidad de depresión		Depresión Postparto Establecida			
<b>Vaginal</b>	49	76.6%	6	72.7%	8	72.7%	9	64.3%	<b>72</b>	<b>74.2%</b>
<b>Cesárea</b>	15	23.4%	2	27.3%	3	27.3%	5	35.7%	<b>25</b>	<b>25.8%</b>
<b>Total</b>	<b>64</b>	<b>100%</b>	<b>8</b>	<b>100%</b>	<b>11</b>	<b>100%</b>	<b>14</b>	<b>100%</b>	<b>97</b>	<b>100%</b>

Fuente: Ficha de recolección de datos

**Tabla 18: Complicaciones del Puerperio \* Grado de Depresión postparto en puérperas entrevistadas durante el I Semestre 2021 en el Centro de Salud Carlos Lacayo Manzanares.**

Complicaciones del Puerperio	Clasificación del grado de depresión postparto								Total	
	Depresión no probable		Depresión posible		Alta probabilidad de depresión		Depresión Postparto Establecida			
Hemorragia postparto	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	3	21.4%	3	3.1%
Infección puerperal	4	6.2%	2	25.0%	1	9.1%	1	7.1%	8	8.2%
Dehiscencia de herida	3	4.7%	0	0.0%	1	9.1%	1	7.1%	5	5.2%
Patología mamaria	4	6.2%	0	0.0%	1	9.1%	0	0.0%	5	5.5%
Infección de sitio quirúrgico	0	0.0%	1	12.5%	1	9.1%	1	7.1%	3	3.1%
Hipertensión Gestacional	1	1.6%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	1	1.0%
Ninguna	52	81.2%	5	62.5%	7	63.6%	8	57.1%	72	74.2%
<b>Total</b>	<b>64</b>	<b>100%</b>	<b>8</b>	<b>100%</b>	<b>11</b>	<b>100%</b>	<b>14</b>	<b>100%</b>	<b>97</b>	<b>100%</b>

Fuente: Ficha de recolección de datos

**Tabla 19: Antecedentes de Violencia \* Grado de Depresión postparto en puérperas entrevistadas durante el I Semestre 2021 en el Centro de Salud Carlos Lacayo Manzanares.**

Antecedentes de Violencia	Clasificación del grado de depresión postparto								Total	
	Depresión no probable		Depresión posible		Alta probabilidad de depresión		Depresión Postparto Establecida			
Si	4	6.2%	1	12.5%	2	18.2%	2	14.3%	9	9.3%
No	60	93.8%	7	87.5%	9	81.8%	12	85.7%	88	90.7%
<b>Total</b>	<b>64</b>	<b>100%</b>	<b>8</b>	<b>100%</b>	<b>11</b>	<b>100%</b>	<b>14</b>	<b>100%</b>	<b>97</b>	<b>100%</b>

Fuente: Ficha de recolección de datos

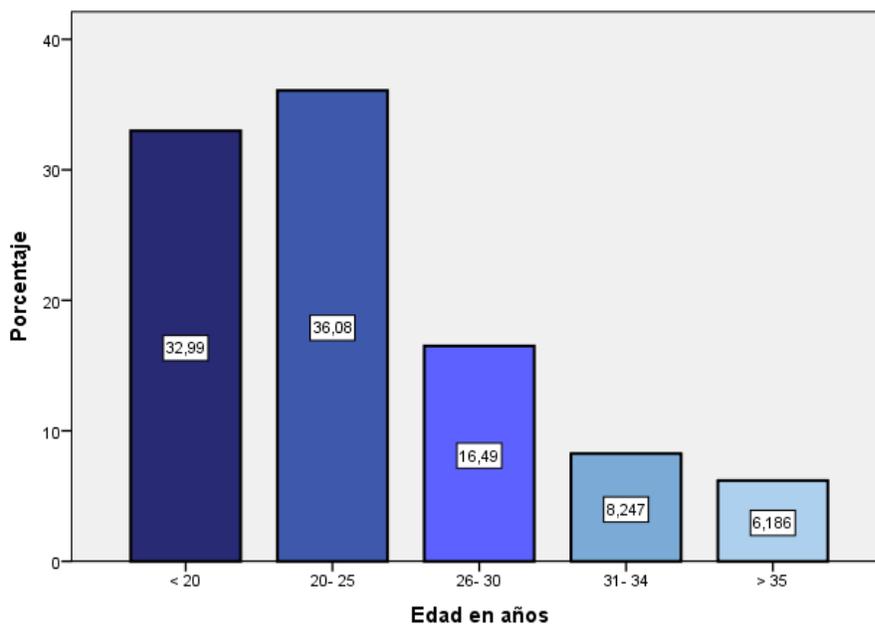
**Tabla 20: Hábitos Tóxicos \* Grado de Depresión postparto en puérperas entrevistadas durante el I Semestre 2021 en el Centro de Salud Carlos Lacayo Manzanares.**

Hábitos Tóxicos	Clasificación del grado de depresión postparto								Total	
	Depresión no probable		Depresión posible		Alta probabilidad de depresión		Depresión Postparto Establecida			
<b>Tabaco</b>	5	7.8%	0	0.0%	1	9.1%	0	0.0%	<b>6</b>	<b>6.2%</b>
<b>Alcohol</b>	5	7.8%	2	25.0%	3	27.3%	3	21.4%	<b>13</b>	<b>13.4%</b>
<b>Marihuana</b>	1	1.6%	0	0.0%	0	0.0%	1	7.1%	<b>2</b>	<b>2.1%</b>
<b>Ninguno</b>	53	82.8%	6	75.0%	7	63.6%	10	71.4%	<b>76</b>	<b>78.4%</b>
<b>Total</b>	<b>64</b>	<b>100%</b>	<b>8</b>	<b>100%</b>	<b>11</b>	<b>100%</b>	<b>14</b>	<b>100%</b>	<b>97</b>	<b>100%</b>

**Fuente:** Ficha de recolección de datos

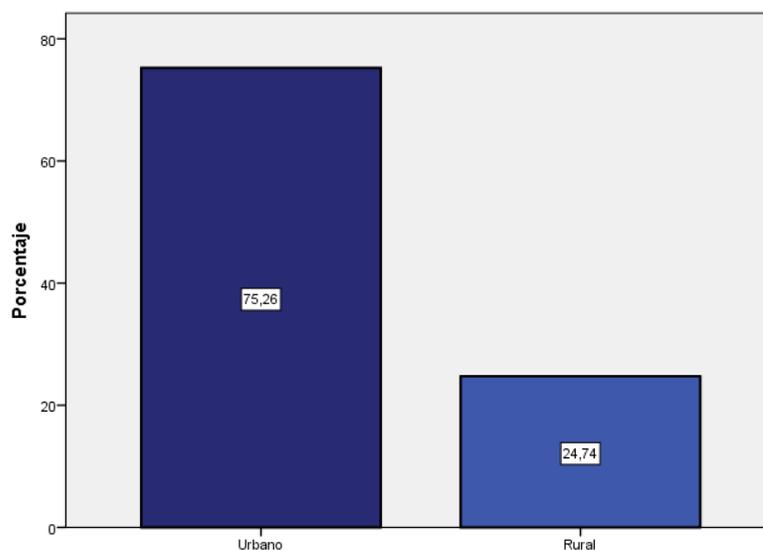
## ANEXO 6. GRÁFICOS

**Gráfico 1. Edad de las pacientes puérperas entrevistadas durante el I Semestre 2021 en el Centro de Salud Carlos Lacayo Manzanares.**



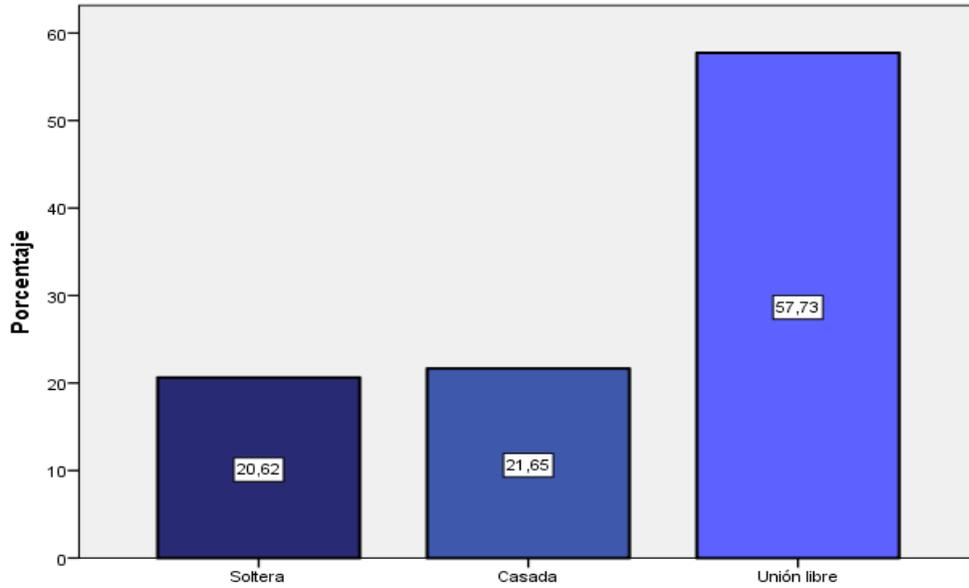
Fuente: Tabla 1

**Gráfico 2. Procedencia de las pacientes puérperas entrevistadas durante el I Semestre 2021 en el Centro de Salud Carlos Lacayo Manzanares.**



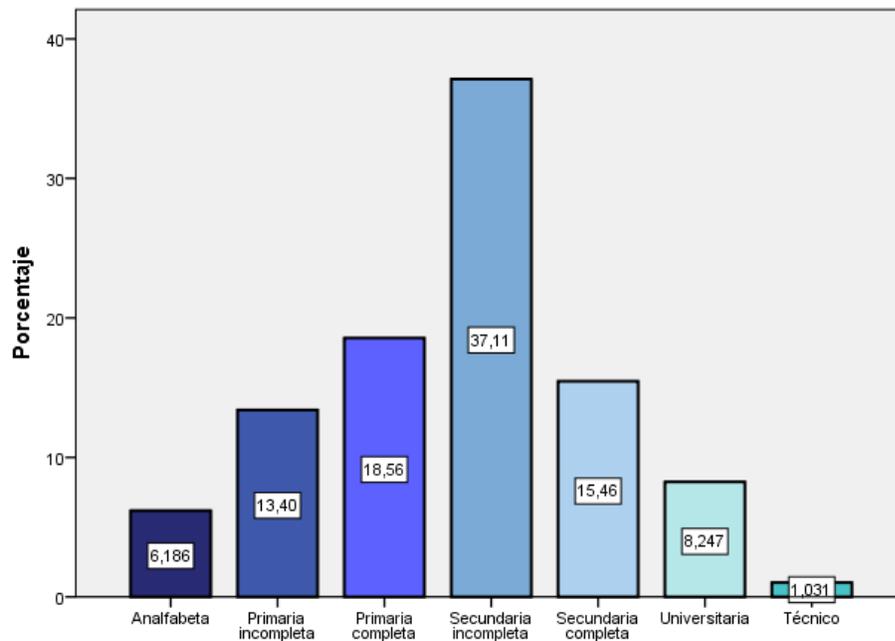
Fuente: Tabla 1

**Gráfico 3. Estado Civil de las pacientes puérperas entrevistadas durante el I Semestre 2021 en el Centro de Salud Carlos Lacayo Manzanares.**



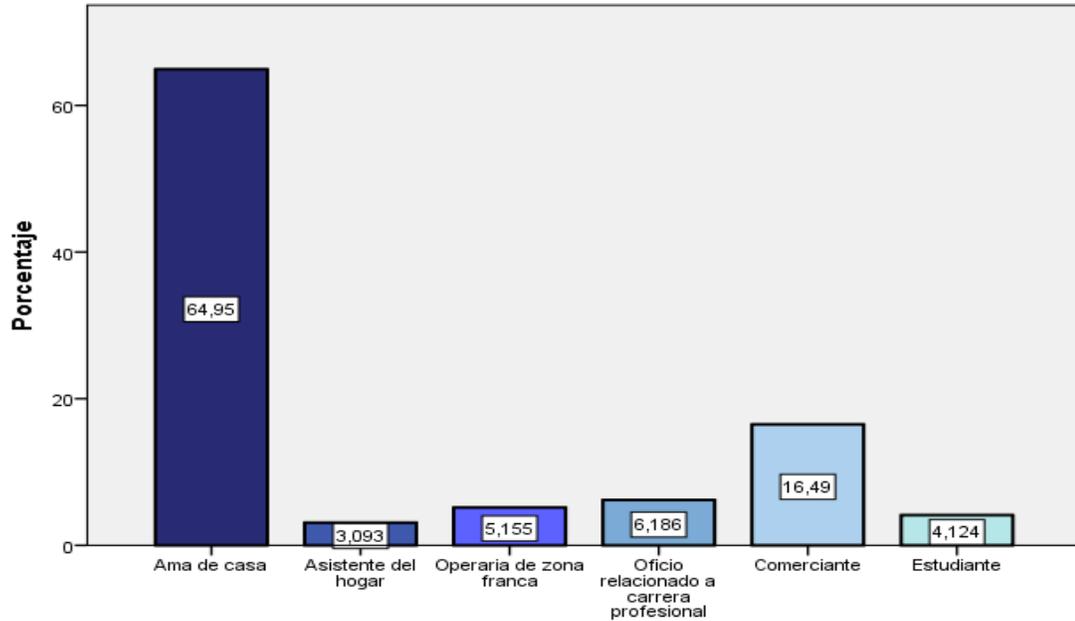
**Fuente:** Tabla 1

**Gráfico 4. Escolaridad de las pacientes puérperas entrevistadas durante el I Semestre 2021 en el Centro de Salud Carlos Lacayo Manzanares.**



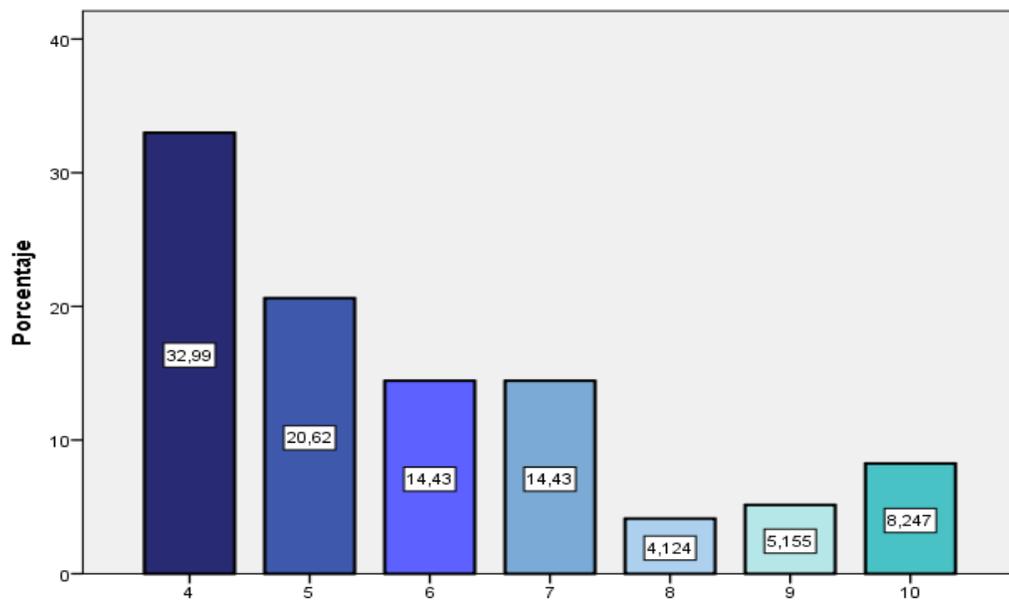
**Fuente:** Tabla 1

**Gráfico 5. Ocupación de las pacientes puérperas entrevistadas durante el I Semestre 2021 en el Centro de Salud Carlos Lacayo Manzanares.**



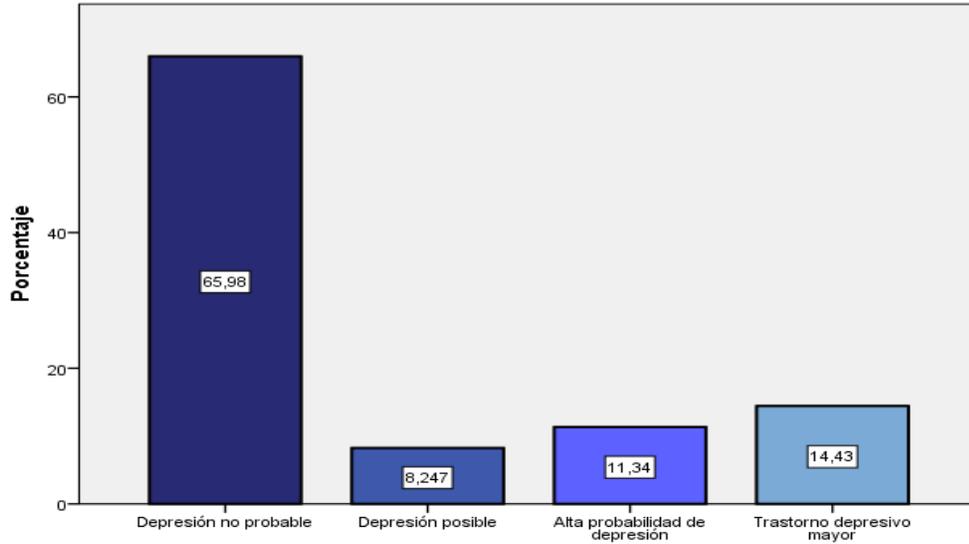
Fuente: Tabla 1

**Gráfico 6. Semanas Postparto de las pacientes puérperas entrevistadas durante el I Semestre 2021 en el Centro de Salud Carlos Lacayo Manzanares.**



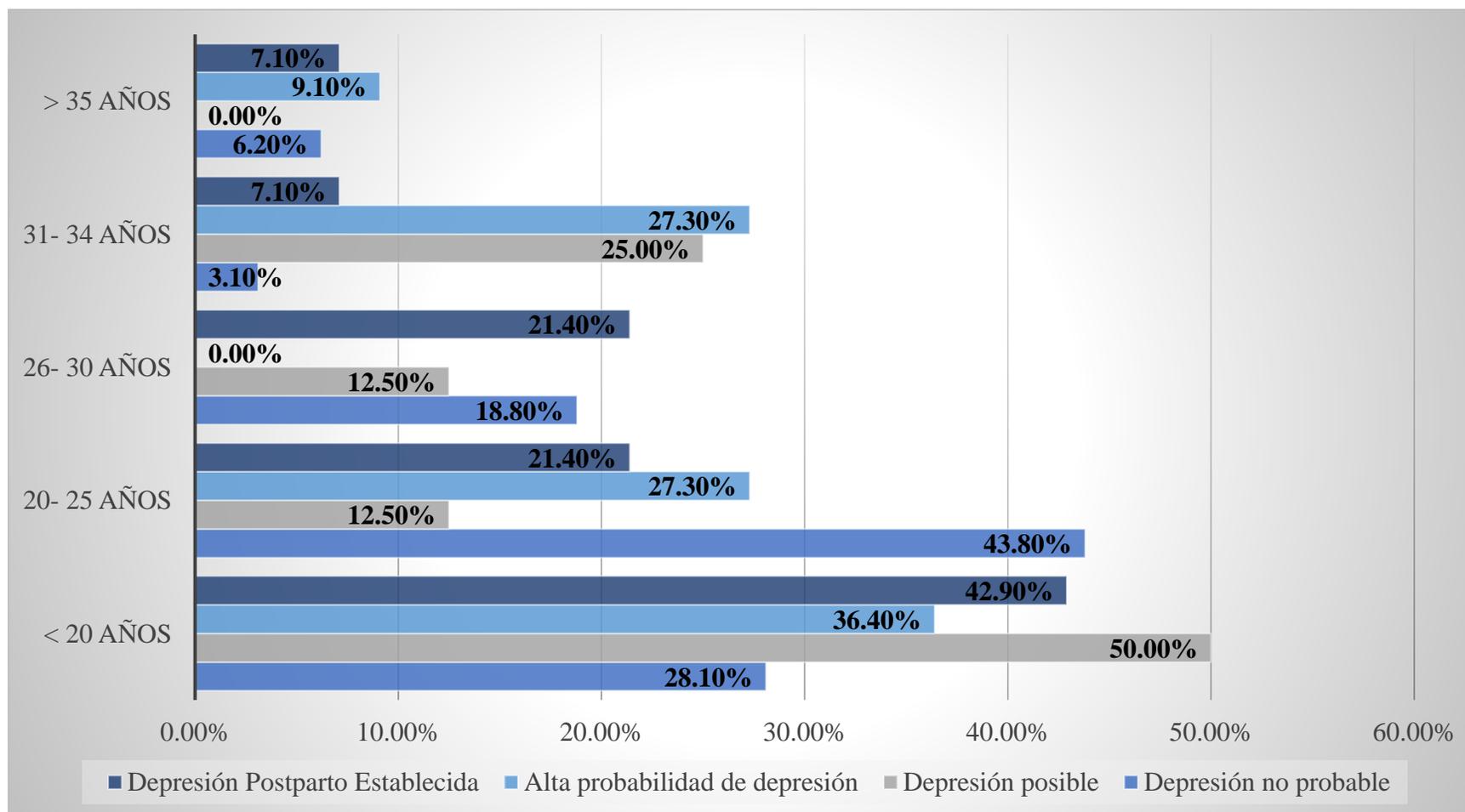
Fuente: Tabla 3

**Gráfico 7. Clasificación del grado de Depresión Postparto aplicando el Test de Edimburgo en puérperas entrevistadas durante el I Semestre 2021 en el Centro de Salud Carlos Lacayo Manzanares.**



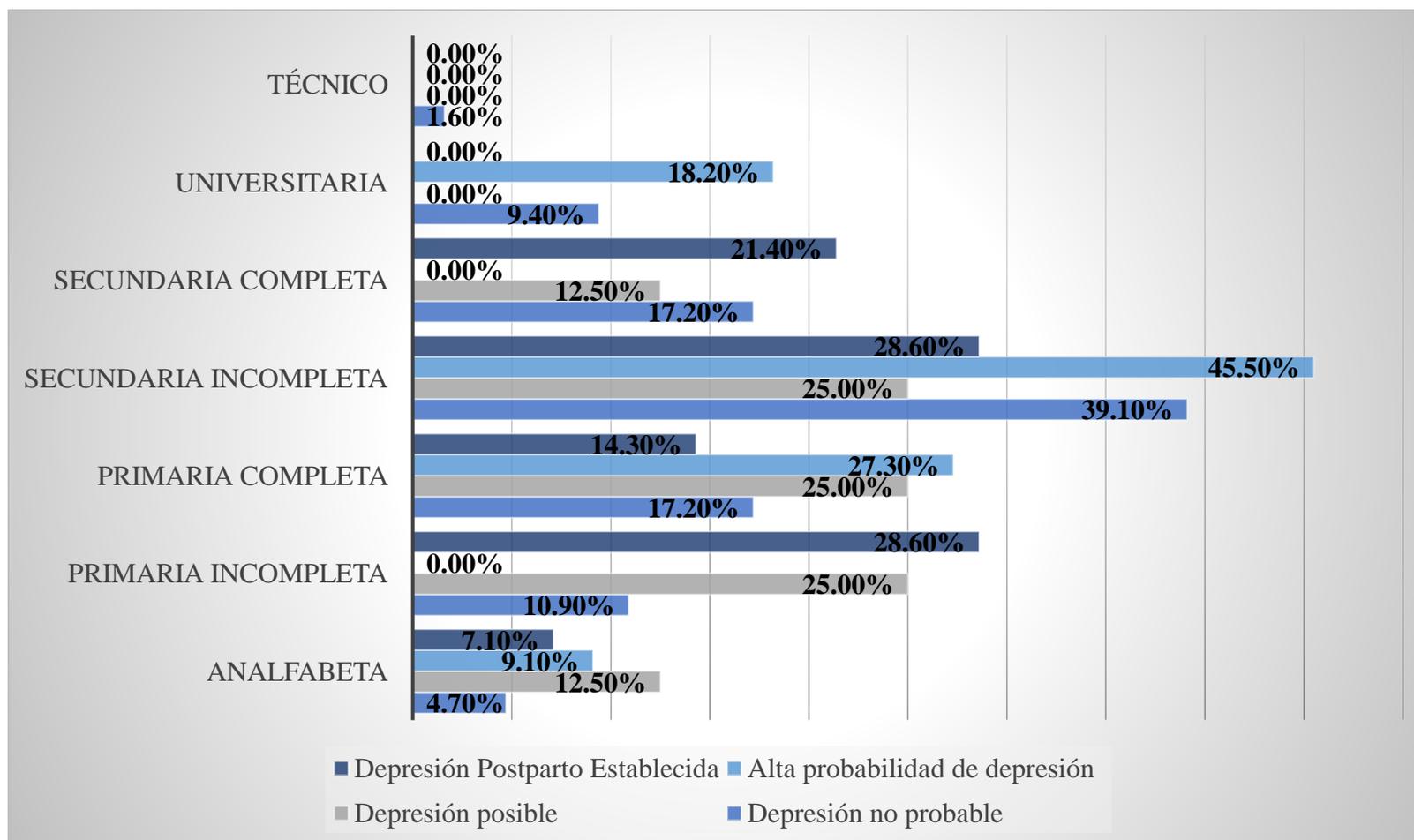
Fuente: Tabla 8

**Gráfico 8: Edad y Grado de depresión postparto en puérperas entrevistadas durante el I Semestre 2021 en el Centro de Salud Carlos Lacayo Manzanares.**



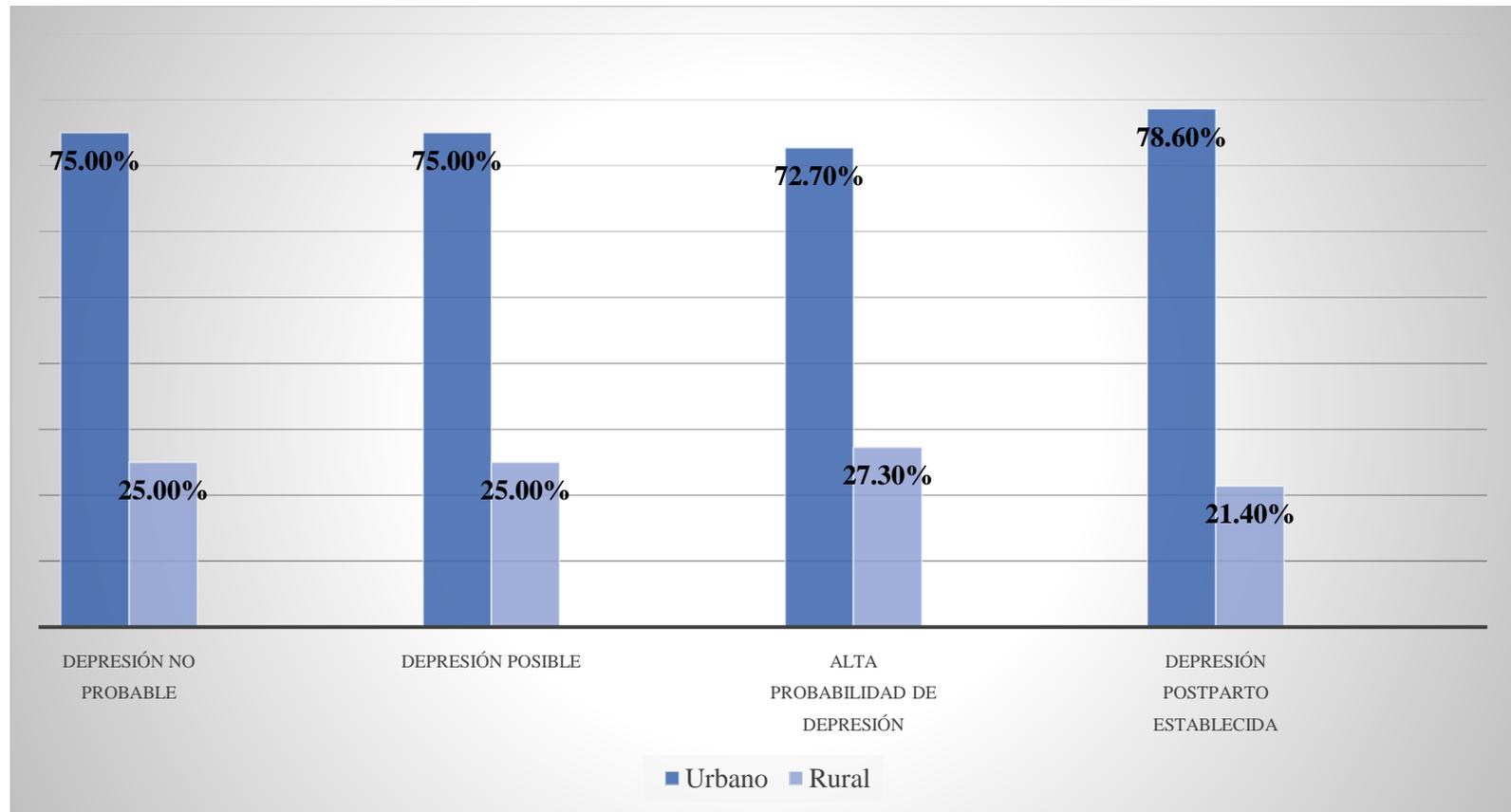
Fuente: Tabla 9

**Gráfico 9: Escolaridad y Grado de Depresión Postparto en púerperas entrevistadas durante el I Semestre 2021 en el Centro de Salud Carlos Lacayo Manzanares.**



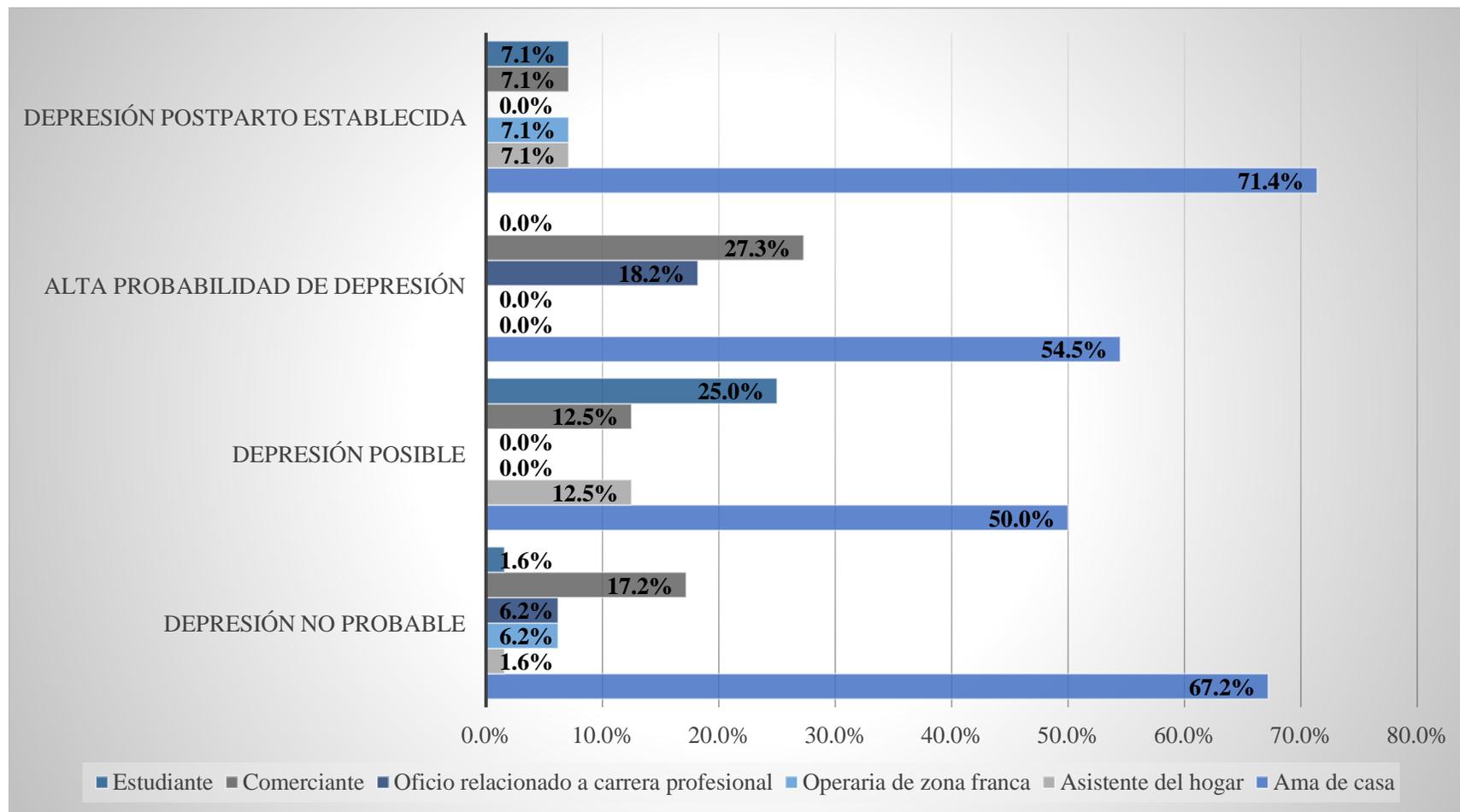
Fuente: Tabla 10

**Gráfico 10: Procedencia y Grado de Depresión Postparto en puérperas entrevistadas durante el I Semestre 2021 en el Centro de Salud Carlos Lacayo Manzanares.**



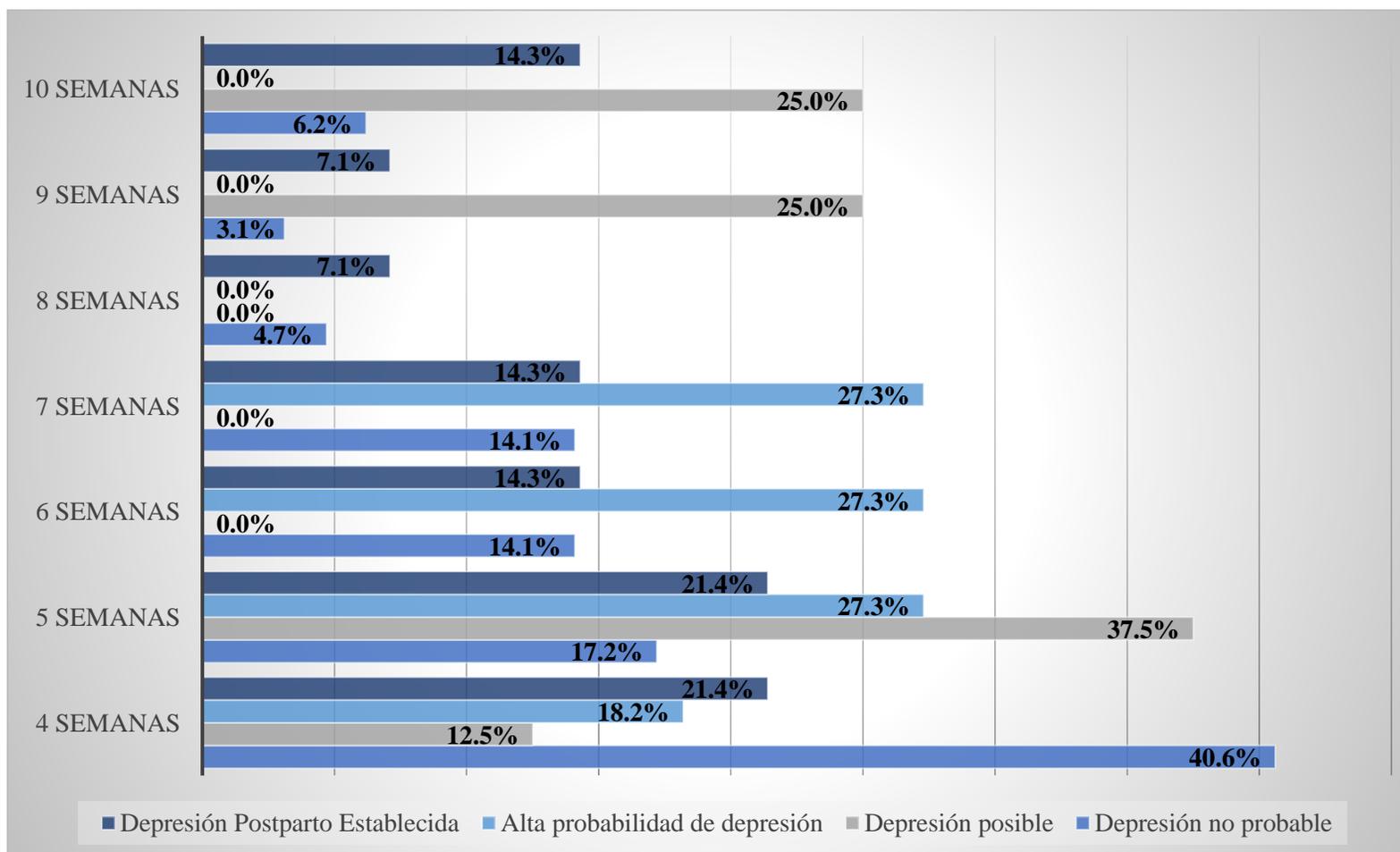
**Fuente:** Tabla 11

**Gráfico 11: Ocupación y Grado de Depresión Postparto en púerperas entrevistadas durante el I Semestre 2021 en el Centro de Salud Carlos Lacayo Manzanares.**



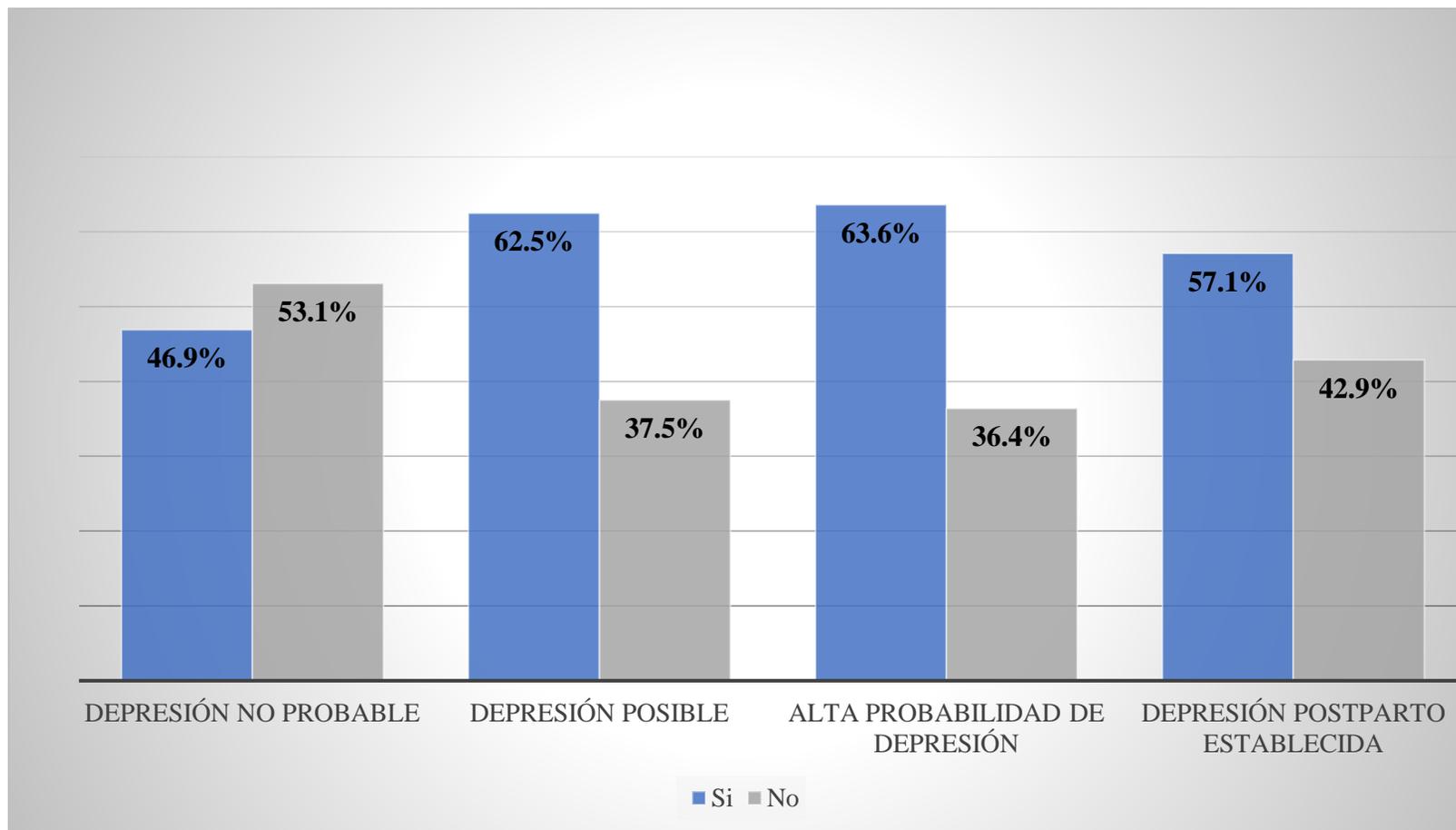
Fuente: Tabla 13

**Gráfico 12: Semanas Postparto y Grado de Depresión Postparto en púerperas entrevistadas durante el I Semestre 2021 en el Centro de Salud Carlos Lacayo Manzanares.**



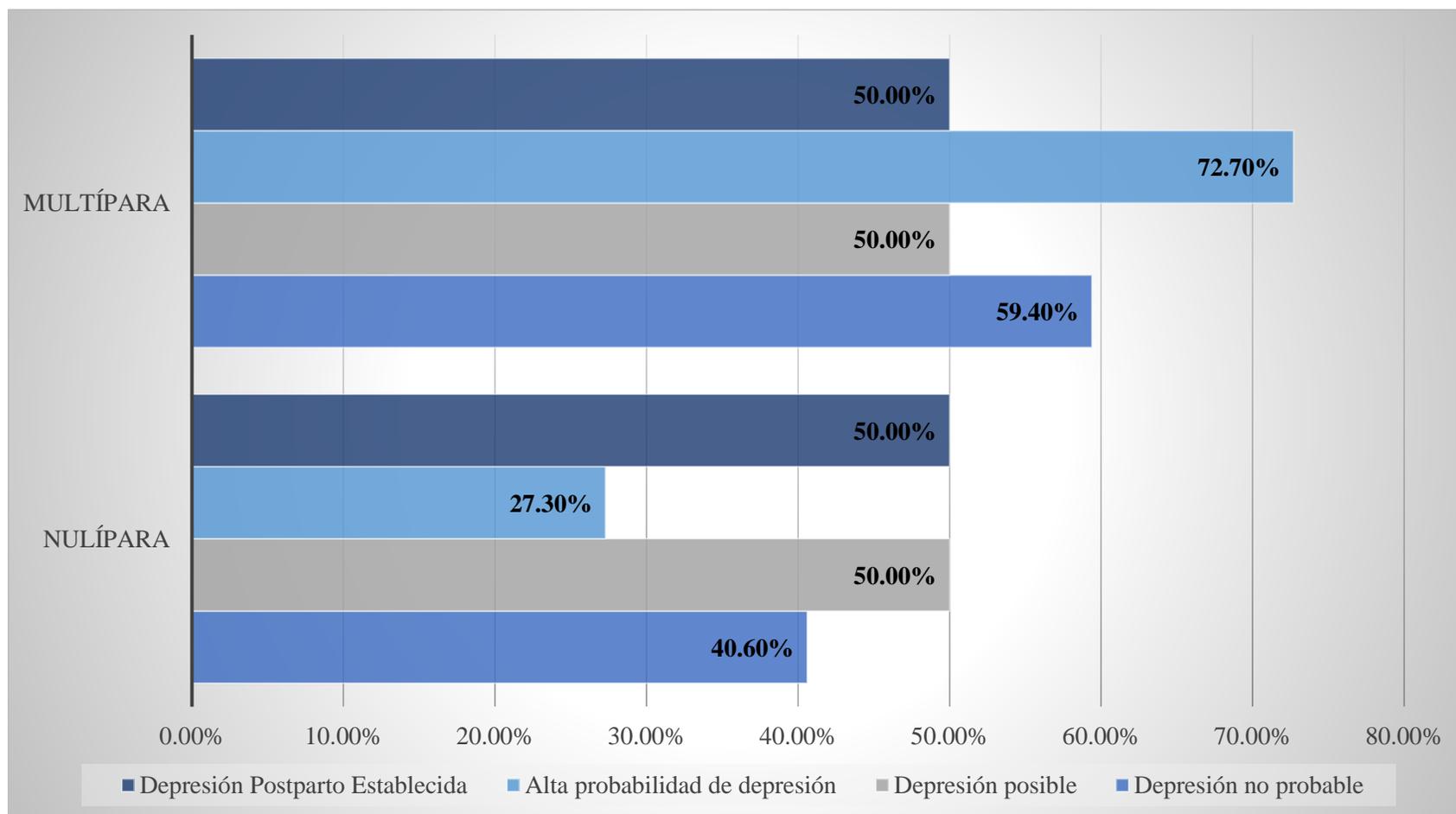
Fuente: Tabla 14

**Gráfico 13: Antecedente de Embarazo de Alto Riesgo y Grado de Depresión Postparto en puérperas entrevistadas durante el I Semestre 2021 en el Centro de Salud Carlos Lacayo Manzanares.**



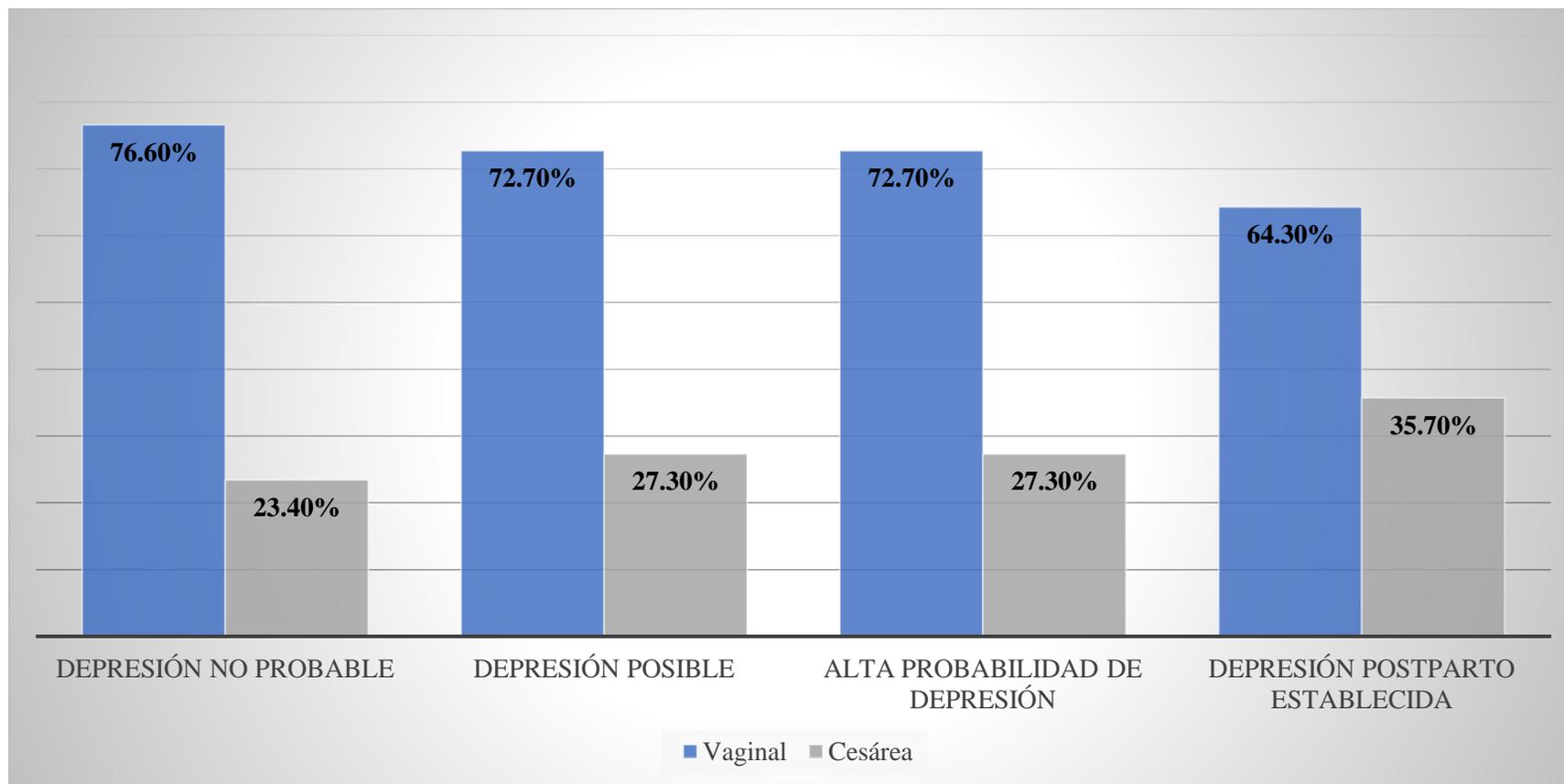
**Fuente:** Tabla 15

**Gráfico 14: Paridad y Grado de Depresión Postparto en puérperas entrevistadas durante el I Semestre 2021 en el Centro de Salud Carlos Lacayo Manzanares.**



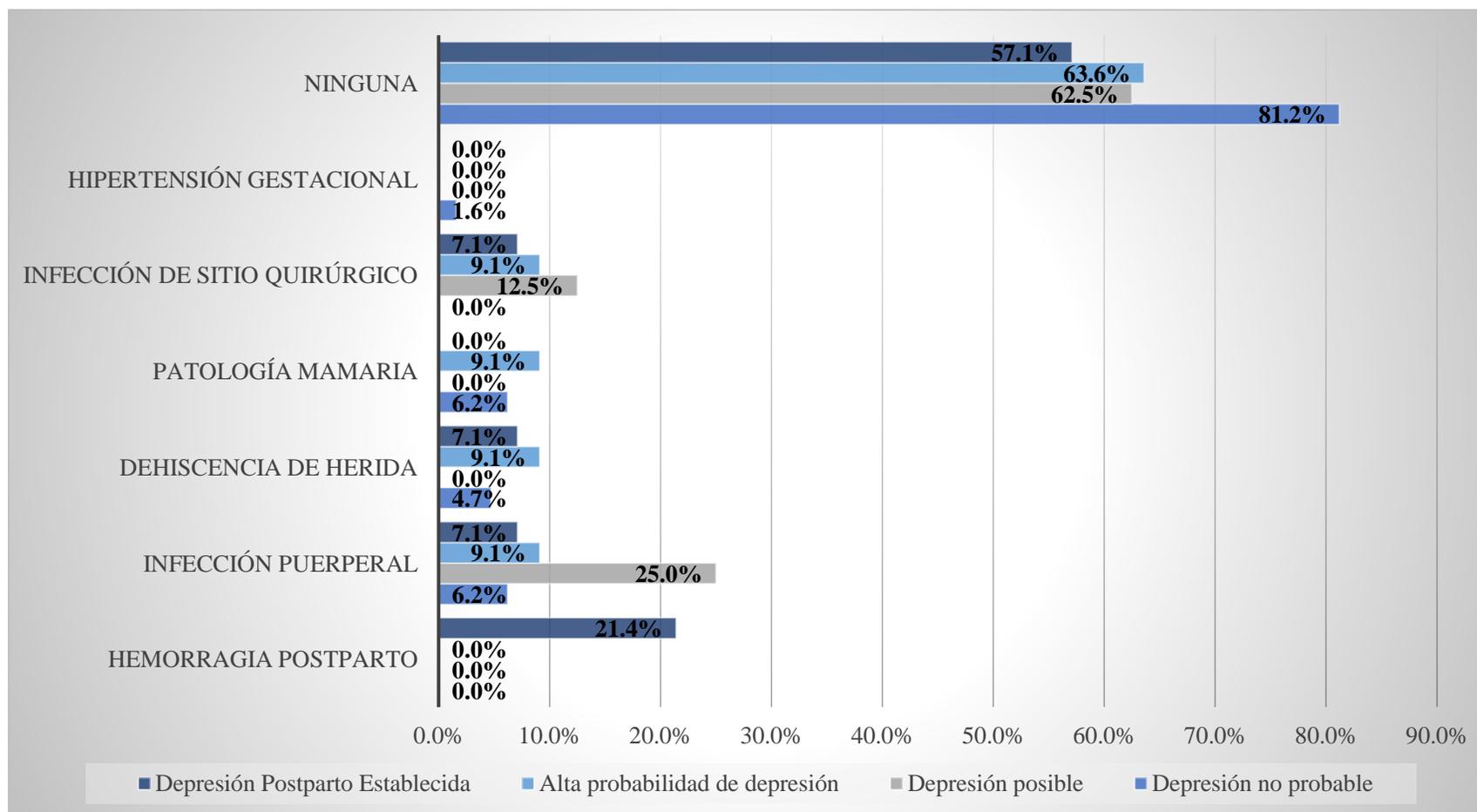
Fuente: Tabla 16

**Gráfico 15: Tipo de Parto y Grado de Depresión Postparto en puérperas entrevistadas durante el I Semestre 2021 en el Centro de Salud Carlos Lacayo Manzanares.**



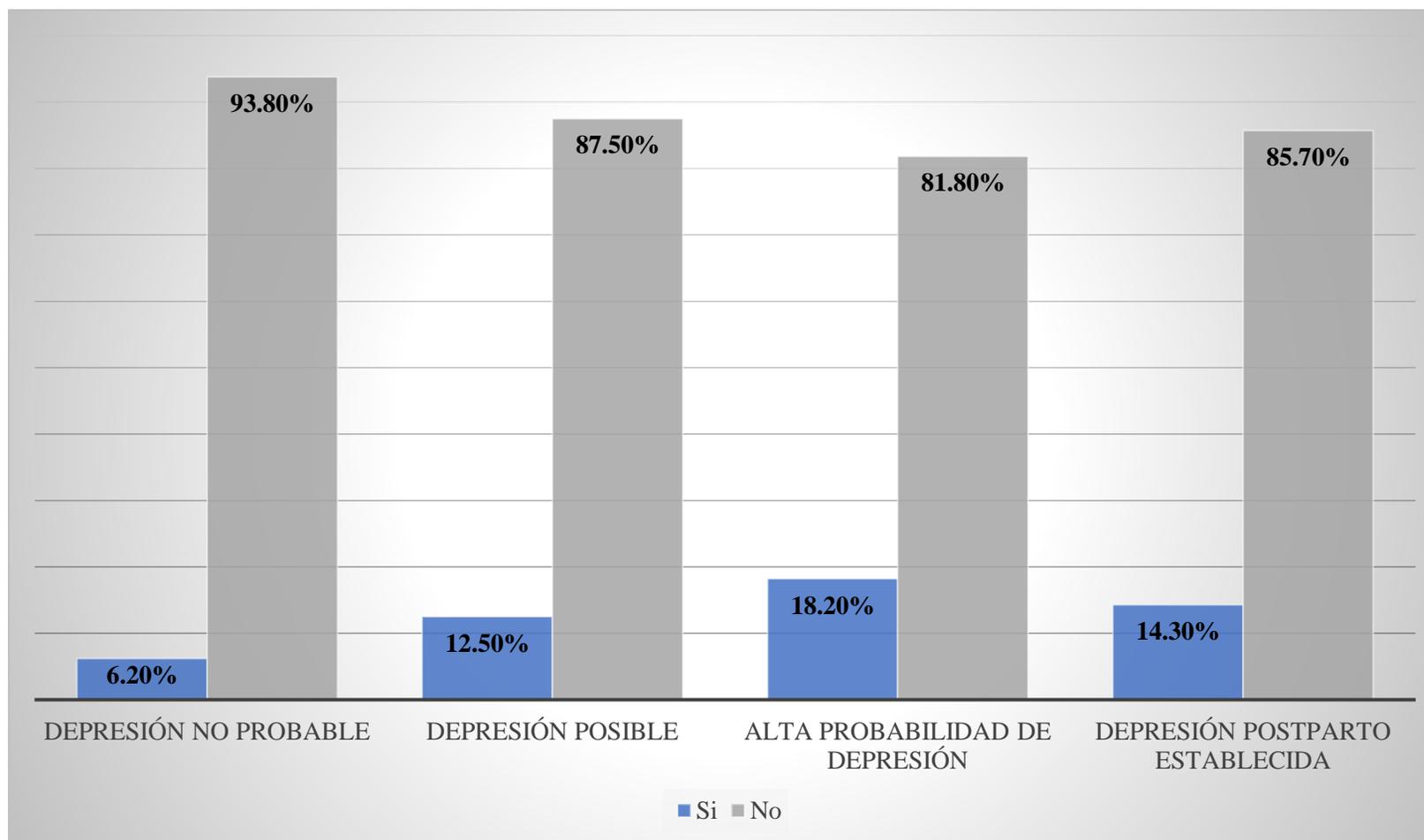
**Fuente:** Tabla 17

**Gráfico 16: Complicaciones Postparto y Grado de Depresión Postparto en puérperas entrevistadas durante el I Semestre 2021 en el Centro de Salud Carlos Lacayo Manzanares.**



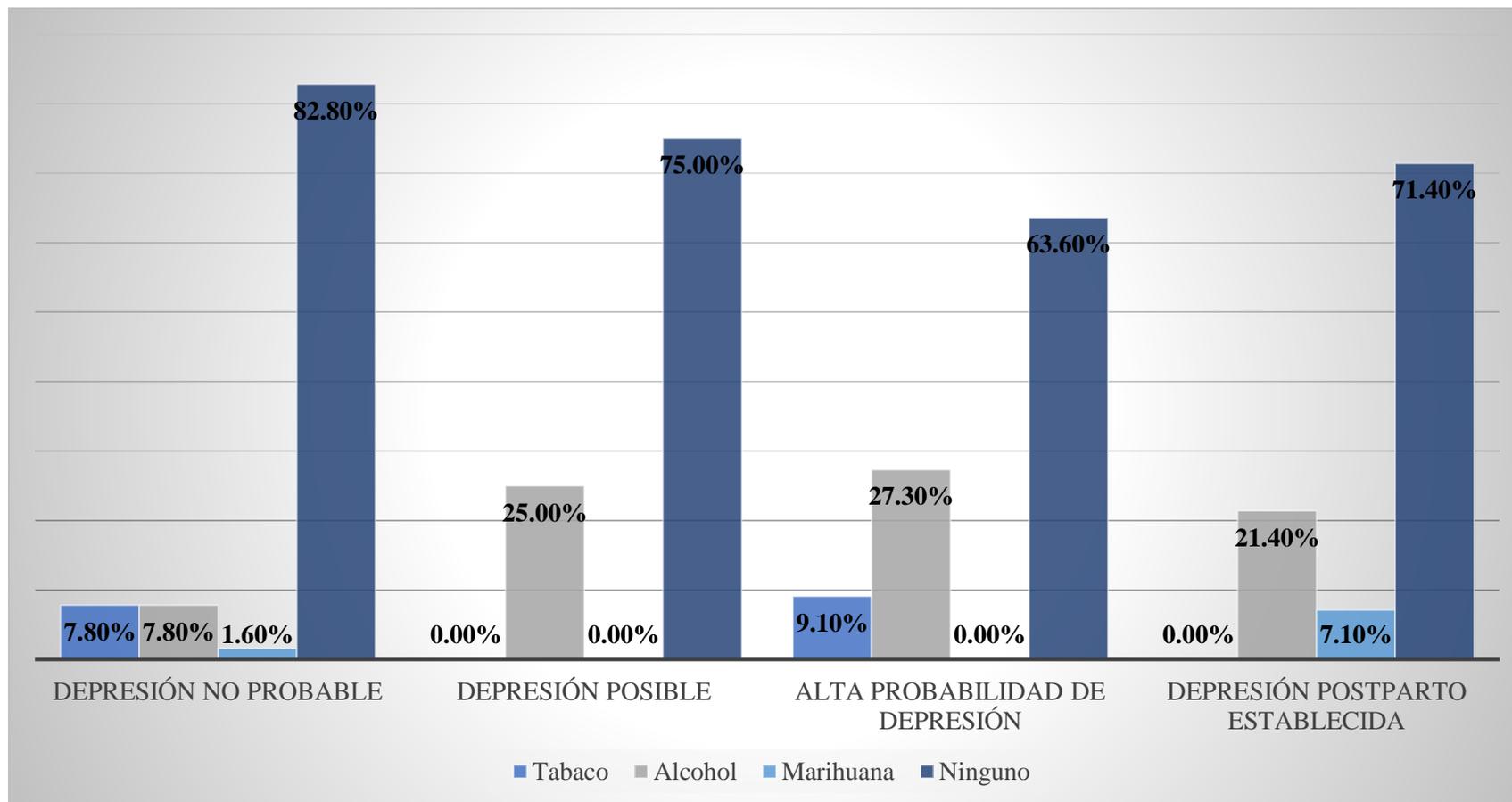
Fuente: Tabla 18

**Gráfico 17: Relación entre Antecedentes de Violencia y Grado de Depresión Postparto en puérperas entrevistadas durante el I Semestre 2021 en el Centro de Salud Carlos Lacayo Manzanares.**



Fuente: Tabla 19

**Gráfico 18: Hábitos Tóxicos y Grado de Depresión Postparto en púerperas entrevistadas durante el I Semestre 2021 en el Centro de Salud Carlos Lacayo Manzanares.**



Fuente: Tabla 20