

**UNIVERSIDAD CATÓLICA DE SANTA MARÍA  
FACULTAD DE OBSTETRICIA Y PUERICULTURA**



**NIVEL DE DEPRESIÓN POSPARTO EN PUÉRPERAS CON Y SIN CONTACTO  
PRECOZ PIEL A PIEL MADRE –HIJO ATENDIDAS EN EL HOSPITAL  
GOYENECHE, AREQUIPA. ENERO – FEBRERO 2016.**

**Autores:**

Bachiller: Carla Yovana Flores Silva.

Bachiller: Adriana Ursula Pérez Postigo Zegarra

**Para obtener el Título Profesional:**

Licenciadas en Obstetricia

**Arequipa- Perú**

**2016**



## DEDICATORIAS

A Dios, quien me ha guiado toda mi vida, me ayuda a tomar buenas decisiones, sobrellevarlas dificultades y a confiar en mi misma llenándome de bendiciones.

A mi madre Yovana, mi abuelita Jesús y mi hija Valeria quienes guían mi camino y me impulsan a ser unamejor persona. Por confiar en mí, por brindarme su amor siempre, por todo el esfuerzo y sacrificio que han realizado para que sea finalmente una profesional.

A mi Universidad, mi Facultad y mis docentes por los años de formación y enseñanza.

**Carla Yovana Flores Silva**

A mi Dios, quien supo guiarme por el buen camino, por darme fuerzas para seguir adelante y no desmayar en los problemas que se presentaban, enseñándome a enfrentar las adversidades de la vida.

A mi mamita Gilda, por su sacrificio, quien por ella soy lo que soy, por sus consejos, comprensión y sobre todo por su amor incondicional, apoyo durante mi vida personal y académica. Por formarme con valores, principios, carácter, empeño, perseverancia y coraje para conseguir mis objetivos.

A mi Universidad, facultad y docentes por la formación académica.

**Adriana Ursula Pérez Postigo Zegarra**

## ÍNDICE

DEDICATORIAS	
RESUMEN	6
ABSTRACT	7
INTRODUCCIÓN	8
<b>CAPÍTULO I: PLANTEAMIENTO TEÓRICO</b>	
1. PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN	10
1.1. Enunciado	10
1.2. Descripción	11
1.3. Justificación	12
2. OBJETIVOS	13
3. MARCO CONCEPTUAL	14
3.1. Contacto piel a piel (CPP)	14
3.1.1 Definición	14
3.1.2 Teorías del CPP	14
3.1.3. Beneficios del CPP	15
3.1.4. Requisitos para realizar el CPP	16
3.2. Definición de Parto Eutócico	16
3.3. Definición de Parto Distócico	17
3.4. Depresión posparto	20
3.4.1. Definición	20
3.4.2. Epidemiología	22
3.4.3. Factores Etiopatogenias	22
3.4.4. Trastornos del estado de ánimo en el posparto	25
3.4.5. Diagnóstico	27
3.4.6. Síntomas Depresivos	27
3.4.7. Tratamiento	29
3.4.8. Consecuencias	30
3.4.9. Prevención	30



3.5. El contacto piel a piel y la Depresión posparto_____	31
3.6. Escala de Depresión de Postparto de Edimburgo (EPDS) _____	32
4. ANÁLISIS DE ANTECEDENTES INVESTIGATIVOS_____	34
4.1. Antecedentes Internacionales_____	34
4.2. Antecedentes Nacionales_____	36
5. HIPÓTESIS_____	37
<b>CAPITULO II: PLANTEAMIENTO OPERACIONAL</b>	
1. TÉCNICA, INSTRUMENTOS Y MATERIALES DE VERIFICACIÓN_____	39
1.1.Técnicas_____	39
1.2. Instrumentos_____	39
1.3.Materiales_____	39
2. CAMPO DE VERIFICACIÓN_____	39
2.1.Ubicación Espacial_____	39
2.2.Ubicación Temporal_____	39
2.3.Unidades de Estudio_____	40
3. ESTRATEGIA DE RECOLECCIÓN DE DATOS_____	41
3.1. Organización_____	41
3.2. Recursos_____	41
3.3. Validación de instrumento_____	41
3.4.Consideraciones éticas_____	42
4. ESTRATEGIA PARA MANEJAR RESULTADOS_____	43
4.1. Plan de procesamiento_____	43
4.2.. Plan de análisis de datos_____	43
<b>CAPITULO III: RESULTADOS</b>	
TABLAS Y GRÁFICOS DE RESULTADOS_____	44
DISCUSIÓN_____	75
CONCLUSIONES_____	77
RECOMENDACIONES_____	78
BIBLIOGRAFÍA_____	79
HEMEROGRAFÍA_____	79
INFORMATOGRAFÍA_____	81

ANEXOS \_\_\_\_\_ 83

Anexo N° 1: Consentimiento Informado.

Anexo N° 2: Cuestionario sobre Depresión Postnatal Edimburgo (EPDS).

Anexo N° 3: Mapa del Hospital Goyeneche.

Anexo N° 4: Matriz de Sistematización de Datos.



## RESUMEN

Hoy en día de los desórdenes mentales que representan un problema de Salud Pública es la Depresión, comúnmente se observa en personas de sexo femenino, se evidencia una causa sumamente mayor en el periodo de la gestación de un 30 a 40% y en el puerperio con 19.2%. En este estudio se trata de demostrar que el contacto piel a piel ayuda en el vínculo afectivo madre – hijo, tratando de mejorar la ansiedad materna y ayudando a prevenir la depresión posparto.

**OBJETIVO:** Comparar el Contacto precoz piel a piel madre – hijo con la depresión posparto en puérperas atendidas en el Hospital Goyeneche – Arequipa 2016.

**METODOLOGÍA:** Se realizó una entrevista a un total de 120 puérperas, en sus 7 días posparto, atendidas en el Hospital Goyeneche, en el periodo de los meses de Enero y Febrero, evaluando en ellas el nivel de Depresión posparto con y sin Contacto piel a piel madre – hijo. Por lo tanto es un estudio comparativo, transversal, observacional y de campo. Los datos obtenidos se registraron en el Programa Software Estadístico SPSS versión 23, para evaluar el grado de asociación, se utilizó la prueba de Chi cuadrado, considerándose significativo el valor  $P < 0.05$ .

**RESULTADOS:** De 120 puérperas en su 7mo día posparto, el nivel de depresión posparto en puérperas con contacto piel a piel madre – hijo es “Sin Depresión posparto” (68.3%) y “Con Depresión posparto” (31.7%), y el nivel de Depresión posparto en puérperas sin contacto piel a piel madre – hijo es “Sin Depresión posparto” (25.0%) y “Con Depresión posparto” (75.0%), existiendo una diferencia significativa ( $P < 0.05$ ).

**CONCLUSIONES:** Las puérperas con contacto precoz piel a piel madre-hijo (68.3%) no presentaron depresión postparto, frente a la depresión en puérperas sin contacto precoz (75%).

**Palabras claves:** Puérpera – Depresión – Contacto precoz piel a piel madre - hijo



## ABSTRACT

Today mental disorders represent a public health problem is the depression, commonly seen in female persons, a very major cause is evident in the period of gestation of 30 to 40% and in the postpartum period with 19.2%. In this study it is shown that skin to skin contact helps in bonding mother - son, trying to improve maternal anxiety and helping to prevent postpartum depression.

**OBJECTIVE:** To compare early Skin-to-skin mother - child with postpartum depression in postpartum women treated at the GoyenecheHospital - Arequipa 2016.

**METHODOLOGY:** an interview with a total of 120 postpartum women was conducted at 7 days postpartum, served in the Goyeneche Hospital, in the period of the months of January and February, evaluating them the level of postpartum depression with and without contact skin mother - child. Therefore it is a comparative, transversal, and Field Observational study. The data obtained were recorded in the Software SPSS version 23, to assess the degree of association, Chi square test was used, considering significant  $p < 0.05$  value.

**RESULTS:** Of 120 postpartum women in their 7th day postpartum, the level of postpartum depression in postpartum women with skin-to-mother skin - son is "No Postpartum Depression" (68.3%) and "With Postpartum Depression" (31.7%), and level postpartum depression in puerperal women without skin-to-mother skin - son is "No postpartum depression" (25.0%) and "with postpartum depression" (75.0%), and there is a significant relationship between skin-to-mother skin - son and depression postpartum ( $P < 0.05$ ).

**CONCLUSIONS:** postpartum women with early skin-to-mother-child (68.3%) showed no skin postpartum depression, deal with depression in postpartum women without early contact (75%).

**Keywords:** Puerpera - Depression - Contact premature skin to skin mother - son



## INTRODUCCIÓN

Actualmente, uno de los desórdenes mentales que representan un problema de Salud pública, es la Depresión, éste se observa comúnmente en las personas del sexo femenino más que en la del masculino y parece ser una causa sumamente mayor en el periodo de la gestación y en el puerperio que durante otras épocas del ciclo vital, principalmente en las gestantes con un nivel de economía no tan estable. (3)

Llamamos trastorno depresivo a una enfermedad que afecta nuestro cerebro, nuestro estado de ánimo y nuestra manera de pensar, el cual es considerado como un desorden de nuestras actitudes y refiere la forma más común de sufrimiento mental, diferentes tipos de personas sufren esta enfermedad, sin importar su sexo, raza, nacionalidades o culturas.

Si bien es cierto ser madre es siempre un gran sacrificio y desafío, habitualmente la gestación ha estado relacionada a un estado de “Bienestar Emocional” en la mujer; sin embargo se ha demostrado que entre el 30 y el 40% de las mujeres embarazadas presentan algún síntoma de depresión y un 10% de ellas se desarrollan en forma grave, necesitando un tratamiento ya sea psicológico o farmacológico. (3)

Uno de los trastornos más común en el puerperio es la depresión posparto. Un 19.2% de las mujeres en el primer trimestre postparto a nivel mundial sufren de depresión.

En este trabajo tratamos de demostrar que el contacto piel a piel entre el recién nacido desnudo y su madre, ayuda en el vínculo afectivo madre e hijo, tratando de mejorar la ansiedad materna y ayudando al aumento de la seguridad y la autoestima. (14)



# **CAPÍTULO I: PLANTEAMIENTO TEÓRICO**

## I. PLANTEAMIENTO TEÓRICO

### 1. PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN

#### 1.1 ENUNCIADO:

“Nivel de depresión posparto en puérperas con y sin contacto precoz piel a piel madre –hijo atendidas en el hospital Goyeneche, Arequipa. Enero – febrero 2016.”

#### 1.2 DESCRIPCIÓN:

##### a) ÁREA DE CONOCIMIENTO:

- Área general: Ciencias de la Salud
- Área específica: Obstetricia y Puericultura
- Línea de investigación: Neonatología

##### b) ANÁLISIS U OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES

VARIABLES	INDICADORES	SUB- INDICADORES
Variable Independiente: 1. Contacto precoz piel a piel	- Si - No	-Puérperas por parto Eutócico - Puérperas por parto distócico
Variable Dependiente: 2.- Depresión posparto	- Sin Depresión - Con Depresión	- < 9 puntos - >=10 puntos



VARIABLES	INDICADORES	SUB- INDICADORES
Variable interviniente	Edad	- Adolescentes $\leq 17$ años - Jóvenes 18 a 25 años - Adultas $\geq 26$ años
	Grado de instrucción	- Primaria completa - Secundaria completa - Secundaria incompleta - Técnica - Universitaria
	Paridad	- Primípara - Secundípara - Multípara - Gran Multípara
	Procedencia	- Arequipa - Puno – Juliaca - Cusco - Pucallpa - Moquegua

**c) INTERROGANTES BÁSICAS**

- ¿Cuál es el nivel de depresión posparto de las mujeres puérperas con contacto precoz piel a piel madre – hijo?
- ¿Cuál es el nivel de depresión posparto de las mujeres puérperas sin contacto precoz piel a piel madre – hijo?
- ¿Existe diferencia entre las puérperas que tuvieron contacto precoz piel a piel madre - hijo con la depresión posparto?

**d) TIPO DE INVESTIGACIÓN**

Comparativo, Transversal, Observacional y de Campo

**e) NIVEL DE INVESTIGACIÓN**

Explicativo

### 1.3 JUSTIFICACIÓN

**Relevancia Práctica:** Ya que se realiza encuestas a las madres que dieron su parto en el Hospital Goyeneche con el fin de conocer si les realizaron el contacto precoz piel a piel madre – hijo.

**Relevancia Social:** La Depresión posparto es un importante trastorno de la salud mental en la mujer, con mayor prevalencia en los países en desarrollo que en los países desarrollados hasta tres veces más elevada, siendo más usual en las mujeres de nivel socioeconómico bajo. Por lo que este problema genera múltiples consecuencias para los servicios de salud en el manejo de enfermedades y desordenes de vida.

**Contribución Académica:** Porque vamos a conocer más sobre la importancia del contacto precoz piel a piel madre – hijo y lo que puede causar no aplicarla.

**Interés personal:** Consideramos importante la realización de esta investigación, ya que intenta revelar los múltiples beneficios que ofrece el contacto precoz piel a piel a la puerpera y al recién nacido; y que gran parte de la población desconoce. Así también queremos demostrar las consecuencias que puede producir la depresión posparto llegando al suicidio e infanticidio. En muchos hospitales nacionales no se cumple con el desarrollo de esta práctica ni de manera rutinaria ni completa, privando a la madre y al neonato de sus beneficios. El presente trabajo busca responder a la interrogante sobre si el contacto precoz piel a piel madre - hijo es beneficioso en relación con diversas variables maternas y neonatales, como: disminución de los niveles de ansiedad y depresión materna posparto, mejor percepción del parto por parte de la madre, y mejor adaptabilidad del neonato a la lactancia materna inmediata.

## 2. OBJETIVOS

- ✓ Determinar el nivel de depresión posparto de las mujeres puérperas con contacto precoz piel a piel madre – hijo atendidas en el Hospital Goyeneche – Arequipa 2016.
- ✓ Determinar el nivel de depresión posparto de las mujeres puérperas sin contacto precoz piel a piel madre – hijo atendidas en el Hospital Goyeneche – Arequipa 2016.
- ✓ Comparar el Contacto precoz piel a piel madre – hijo con la depresión posparto en puérperas atendidas en el Hospital Goyeneche – Arequipa 2016.





### **3. MARCO CONCEPTUAL**

#### **3.1. CONTACTO PIEL A PIEL**

##### **3.1.1. DEFINICIÓN:**

Se denomina contacto piel a piel (CPP), inmediatamente apenas nace el neonato o poco tiempo después, que consta en colocar al recién nacido desnudo, en posición decúbito prono sobre el pecho de la madre desnuda. El contacto íntimo inseparable en este lugar señala conductas neurológicas que sustentan la satisfacción de las necesidades biológicas básicas. Se demostró que algunas conductas innatas son necesarias para la supervivencia de los neonatos dependiendo frecuentemente de su hábitat, como fundamento del contacto piel a piel. (15)

##### **3.1.2. TEORÍAS DEL CONTACTO PIEL A PIEL**

###### **\* LA TEORÍA DE LA ALOSTASIS DE MC WEN**

Es un estudio en donde se relacionan las respuestas psiconeurohormonales al estrés y las manifestaciones tanto físicas como psicológicas de la salud y la enfermedad. Bruce Mc Wen describió esta teoría, en donde para el autor el sistema endocrino, el sistema inmune y el sistema nervioso vegetativo sirven como mediadores para el ajuste y la asimilación a los retos de la vida diaria. Estos procesos son muy importantes para la adaptación; aunque cuando un neonato nace y se separa de su hazienda por un periodo de largo tiempo sufre el proceso adaptativo y es propenso a diversas enfermedades. (1)

###### **\* LA TEORÍA DEL APEGO**

Esta teoría describe detalladamente una relación de los seres humanos sobre todo entre la familia y amigos a lo largo de la vida. Dado que comienza en el contacto precoz para que el avance del desarrollo social y emocional se produzca con total normalidad. Los recién nacidos se apegan y sienten afecto con las personas que tienen la primera interacción tanto social con ellos; permaneciendo firmes en un periodo de seis meses a dos años de edad, es por eso que el contacto piel a piel es muy importante después del parto, ya sea eutócico o distócico ya que forman una base de autoestima y seguridad que el neonato adquiere y necesita para desarrollarse y crecer sanamente sin ningún tipo de problemas tanto físicos como psicológicos. (1)

## **COMPORTAMIENTO DEL RECIÉN NACIDO DURANTE EL CONTACTO PIEL A PIEL**

Quienes utilizan un conjunto de conductas innatas después del parto cuando están junto a sus madres colocados en contacto piel a piel encima de su pecho son los recién nacidos a término sanos, ellos buscan enternecedoramente el pezón de su madre por medio de su olfato, esto es en las primeras horas de vida del neonato, después de su nacimiento, es por eso que para una mayor y buena respuesta a las señales olfativas del niño es importante no secar sus manos. Hay periodos importantes del recién nacido que se deben tener en cuenta, sin embargo hay uno en especial como es el **“Periodo de alerta tranquila”** o **“Reconocimiento sensible”** que puede ser alterado y/o postergado por maniobras hospitalarias. Más del 70% de recién nacidos se agarran al pecho en la primera hora de vida, sin embargo en los recién nacidos que el contacto piel con piel se prolonga por más de dos horas el porcentaje es de más de un 90%. (24)

### **3.1.3. BENEFICIOS DEL CONTACTO PIEL CON PIEL:**

#### **PARA EL RECIÉN NACIDO**

- El primer alimento es muy importante para el recién nacido, es por eso que hay una mejor efectividad de la primera mamada y disminuye el tiempo para lograr una buena succión. El neonato inicia una búsqueda del pecho y una succión espontánea.
- Los niveles de saturación de oxígeno mejoran.
- El llanto del niño es corto, lo contrario con los recién nacidos que no tuvieron contacto piel a piel con sus madres.
- El contacto piel a piel para los recién nacidos pre término es un beneficio para la estabilidad cardio-respiratoria.
- Los gérmenes maternos favorecen la colonización del recién nacido.
- Los niveles de estrés en el recién nacido disminuyen, por la reducción de cortisol en sangre.
- Facilita la regulación térmica, lo que el consumo energético y el riesgo de hipoglucemia disminuyen, mejorando así la adaptación metabólica.
- Ayuda a que el agarre del recién nacido al pecho sea correcto.
- Aumenta la frecuencia y duración de la lactancia materna exclusiva.

- Beneficia el desarrollo neuronal del niño. (25)

#### **PARA LA MADRE**

- Los comportamientos de afecto y vínculo madre e hijo mejoran, sin embargo lo que en el documento nos muestra y se desprende en las investigaciones al respecto, estos efectos se pierden el tiempo.
- Usualmente al tercer día después del parto hay una ingurgitación mamaria que suele causarle molestias a la madre, este dolor disminuye gracias al contacto piel a piel.
- Disminuye el riesgo de hemorragia posparto favoreciendo la involución uterina por la liberación de oxitocina.
- Los síntomas que conllevan a la depresión posparto disminuyen y hay un mejor apego madre-hijo. (25)

#### **3.1.4. REQUISITOS PARA REALIZAR CONTACTO PIEL A PIEL:**

El CPP se puede ejecutar sin ninguna limitación, quiere decir que se puede realizar si el RN es a término o si es pre término tardío (que se encuentra entre las 35 a 37 semanas.), también se realiza cuando el líquido amniótico es claro, si el neonato respira o llora sin ninguna dificultad y si presenta buen tono muscular. Esta además decir que con la autorización e indicación del pediatra en un parto con riesgo se podrá realizar el contacto piel a piel con la madre, por otro lado después de un parto riesgoso para la atención del neonato, este ha tenido que ser separado de su madre y cuando el pediatra considere indicado, se colocara al bebé en contacto piel a piel no realizándose ningún cuidado rutinario que pueda alargar la separación con su madre. La adaptación del RN a la vida extrauterina es muy importante, y los procedimientos y medidas médicas que no son urgentes pueden interferir en este periodo, es por eso que no es necesario realizar maniobras estresantes inmediatamente después del parto ya que también implican la separación madre e hijo. (24)

#### **3.2. DEFINICIÓN DE PARTO EUTÓCICO**

El parto normal se define como aquel de comienzo espontáneo. De bajo riesgo desde el comienzo del trabajo de parto, hasta la finalización del nacimiento. El niño sale en forma



espontánea, en presentación cefálica, entre las 37 y 41 semanas completas de edad gestacional. Luego la madre y el niño están en buenas condiciones.

### **ACOMPañAMIENTO Y APOYO DE LA EMBARAZADA DURANTE EL TRABAJO DE PARTO.**

La presencia de una persona relacionada afectivamente establece un vínculo de contención y apoyo continuo que generalmente mejora la evolución del trabajo de parto: Lo acorta. Requiere menos medicación y analgesia. Favorece la salud fetal. Nacen niños en mejores condiciones.

### **CONTROL DE LA SALUD FETAL DURANTE EL PARTO:**

Puede alterarse aún en casos de partos normales y de gestaciones de bajo riesgo.

- Observación del líquido amniótico: la transformación de LA claro en meconial puede asociarse a muerte fetal intraparto y morbimortalidad neonatal, Su aparición en forma aislada no es signo de alteración de la vitalidad fetal.
- Control de la frecuencia cardíaca fetal: alteraciones de la FCF como bradicardia (160/min), disminución de la variabilidad y desaceleraciones pueden reflejar una alteración de la salud fetal
- Métodos de control:
  - \*La auscultación intermitente (c/30 min en el periodo dilatante, y después de c/contracción en el expulsivo).
  - \*El monitoreo electrónico continuo (en el Trabajo de Parto de alto riesgo).

### **3.3. DEFINICIÓN DE PARTO DISTÓCICO**

Se la llamo LexCaesarea. Según Odent, “*caesere*”, era un verbo latino que se refería cortar a través de una incisión las paredes del abdomen y del útero, y se extraía al feto. Esta se debe dar solo ante una situación complicada o de peligro tanto de la madre como del feto, o ante la imposibilidad del feto de nacer por vía vaginal. Según la OMS establece que no existen razones suficientes en el mundo para que el porcentaje de cesáreas supere el 15%, además, trata de prevenir que hay unas 10 veces más de posibilidades en que una madre

termine en la unidad de cuidados intensivos tras una cesárea selectiva planificada, que tras un parto vaginal normal. (15)

### **INDICACIONES PARA REALIZAR UNA CESÁREA:**

#### **➤ Absolutas:**

Puede deberse a una serie de antecedentes maternos o riesgos para la madre y/o el feto, Cesárea iterativa, cesareada anterior con periodo intergenésico corto, sufrimiento fetal, distocia de presentación (situación podálica, transversa, etc.), desprendimiento prematuro de placenta, placenta previa oclusiva total, incompatibilidad céfalo- pélvica, estrechez pélvica, prolapso de cordón umbilical, macrosomía fetal, infección por herpes activa, tumores obstructivos benignos y malignos, cirugía uterina previa, antecedente de plastía vaginal, infección por VIH.

#### **➤ Relativas:**

Distocia del trabajo de parto que no responde al tratamiento, presentaciones anómalas, anomalías fetales, embarazo múltiple, asimetría pélvica, psicosis, retardo mental, trastorno de conciencia, preeclampsia severa, eclampsia, síndrome de Hellp, insuficiencia cardio-respiratoria, enfermedad oftalmológica (miopía > 6 dioptrías, antecedente de desprendimiento de retina), papiloma virus humano. (18)

### **CONTACTO PIEL A PIEL EN LA CESÁREA**

Durante la etapa de la gestación existen factores de riesgo que pueden llegar hasta la muerte de la madre y/o el niño, es por eso que la cesárea ha sido incorporada a la práctica obstétrica con el fin de solucionar los problemas y prevenir a que estos riesgos incrementen y afecten la salud y la vida de la madre y su hijo. En los últimos años el riesgo de muerte para la madre y el niño ha ido incrementando a tal punto que actualmente lo que apareció como una solución, hoy en día se ve como un problema. La sistematización de la cesárea, para la adaptación inicial del RN al mundo tiene una influencia negativa así también como en el apego y en el inicio de la Lactancia materna exclusiva.

Se han reportado efectos nada positivos para el inicio de la lactancia y en las primeras 24 horas la producción de leche materna no ha sido óptima.

Llaman una barrera a la implementación del 4 ° paso de la iniciativa Hospital Amigo del niño al parto distócico, la cesárea. Es posible que la oxitocina también estimule las conductas de crianza durante las primeras horas después del nacimiento. Dentro de las rutinas hospitalarias de las salas de parto y pos parto la perturbación es significativa para el desarrollo de las primeras interacciones entre la madre y su recién nacido. (23)

Los motivos por los que se realiza una cesárea no los podemos controlar, pero si podemos realizar unos cambios. Existen diversas causas por las cuales se realizan las cesáreas, no podemos controlar el número de cesáreas que existen, pero si podemos realizar cambios para favorecer y prevalecer el contacto piel a piel entre la madre y el recién nacido; es preciso cuidar las condiciones ambientales de intimidad y silencio para el primer contacto visual, contacto táctil, contacto olfativo y contacto microbiológico del neonato con su madre, y preparar el campo siempre que sea posible para realizar este contacto precoz. El Hospital Goyeneche lleva varios años trabajando en la «Iniciativa Hospital Amigos de la Madre y el Niño», que la OMS y la UNICEF lanzaron en 1991, para llevar a cabo los diez pasos hacia una feliz lactancia materna en todas las maternidades. En concreto, en el servicio de partos del mismo hospital se están trabajando las recomendaciones que se dan para la consecución de este cuarto paso, «ayudar a las madres a iniciar la lactancia durante la media hora siguiente al parto». (12)

### **EFFECTOS PSICOLÓGICOS DE LA CESÁREA**

Algunos investigadores se han centrado en aspectos técnicos y rangos apropiados de la cesárea esto durante años como es el procedimiento quirúrgico. A pesar de ello, un nacimiento por cesárea puede tener diferentes efectos adversos en las mujeres psicológicamente y tienden a tener dificultades para establecer el papel de madres. Existen múltiples factores predisponentes que la madre experimenta en un parto por cesárea, las causas por las cuales le indicaron que su parto iba ser por cesárea, sus creencias, sus valores culturales y lo que espera del nacimiento de su bebé, el soporte social y emocional, los



posibles trastornos y antecedentes de su vida, y su sentido personal son solo pocos estos factores que limitan el pensamiento de la madre. (10)

Las tasas de realizar cesáreas en USA crecían velozmente a principios de los años 80, es por eso que la inquietud sobre los efectos psicosociales negativos de la cesárea comenzaron a cuestionarse en una que otras mujeres.

Algunas mujeres experimentan desenlaces negativos después de la cesárea, ciertos reportes y testimonios personales han ayudado a incrementar la conciencia sobre estas repercusiones negativas. Para algunas mujeres esos efectos psicosociales negativos pueden ser significativos y profundos. Es por eso, que la depresión y el estrés postraumático de las mujeres después del parto por cesárea son netamente aumentados, ya que numerosos reportes indican que un parto por cesárea y más si no ha sido programada causa una serie de efectos psicosociales en la mujer. (10)

### **3.4. DEPRESIÓN POSPARTO**

#### **3.4.1. DEFINICIÓN**

Se puede definir a la depresión como un trastorno mental frecuente, una enfermedad que se caracteriza por la presencia de diversos y específicos estados de personalidad, como son la tristeza, la pérdida de interés, despreocupación o interés, sentimiento de culpa o falta de aprecio o consideración que uno tiene de sí mismo, trastornos del sueño o del apetito, sensación de cansancio y falta de concentración. La depresión puede llegar a hacerse frecuente o crónica, y puede dificultar el desempeño laboral o en la escuela y la capacidad para afrontar lo que la vida le tiene preparado día a día. En su forma más grave puede conducir hasta quitarse la vida. (21)

La depresión posparto es un trastorno psiquiátrico que se produce generalmente de 3 días a 6 semanas después del parto. No hay razones claras por las que se produce la Depresión Posparto. Dentro de las investigaciones psiquiátricas existen factores predisponentes que van desde la alteración hormonal. Efectos fisiológicos de partos difíciles, hasta el abandono

social, la falta de apoyo familiar, la pobreza y la falta de empleo. Desde la perspectiva psicoanalítica, los estudios atribuyen a la DPP la combinación de factores inseguros infantiles actualizados por la exacerbación de experiencias adversas.

El puerperio constituye un grado de alta debilidad para la aparición de desórdenes afectivos. Hay varios factores negativos que deja el parto entre ellos la fragilidad, desorientación y la exposición inmediata de emociones de carácter pulsional que caracteriza el intercambio inicial del neonato. Los intercambios capaces de despertar la memoria de las angustias más antiguas de la madre constituyen al llanto, los gemidos, los olores y los roces. (8)

El cerebro está compuesto por diferentes elementos químicos, la depresión posparto implica el cambio de estos elementos, la enfermedad depresiva es más alta cuando ésta está caracterizada por presentar sensaciones de depresión, poseer estados de irritabilidad y una ansiedad inexplicable. El inicio de esta enfermedad es variable, generalmente ocurre entre las primeras 24 horas o a las 2 semanas después del parto de la madre. Si no es tratada adecuadamente esta enfermedad de depresión, puede durar hasta 6 meses e incluso hasta un año. Existe una incidencia de un 10% a un 15% de las mujeres que después de su parto desarrollan esta enfermedad depresiva. (8)

#### **Sintomatología:**

- Sensación de tristeza o estado bajo de ánimo,
- humor depresivo la mayor parte del día,
- pérdida de interés en actividades usuales de la vida diaria,
- trastornos alimenticios (disminución o aumento del apetito),
- pérdida o aumento de peso,
- insomnio o hipersomnia,
- agitación o retardo psicomotor,
- fatiga general
- falta de energía,
- sentimientos inapropiados o excesivos de culpabilidad,
- dificultad en concentrarse

- frecuentes ideas sobre la muerte o el suicidio
- ansiedad inexplicable.

### **3.4.2. EPIDEMIOLOGÍA DE DEPRESIÓN POSPARTO**

Consideramos un problema de Salud pública a la depresión posparto que en la literatura mundial oscila entre un 10 y 15%. Un periodo de vulnerabilidad emocional y un alto riesgo para desarrollar desordenes emocionales es el periodo posparto, el 50 al 90 % de las mujeres experimentan diferentes grados de desórdenes afectivos en el posparto, entre ellos están “baby blues” y la DPP. La depresión posparto es la complicación psiquiátrica más común de la maternidad que ocurre en el 13% de las mujeres. Está de más decir que las mujeres presentan con mayor rapidez trastornos del estado de ánimo, esto sucede principalmente en su etapa reproductiva como son la gestación y el posparto, momentos de relevancia para su evolución debido a diferentes cambios importantes, como son los físicos, psicológicos y hormonales. (14)

### **3.4.3. FACTORES ETIOPATOGENIOS**

Existen diversos factores que se relacionan a los trastornos del estado de ánimo en el puerperio, sin embargo se han desarrollado distintas teorías, entre ellas la existencia de:

- Una especial intervención en las mujeres, en la rápida bajada de las hormonas sexuales asociadas a la modificación del cortisol plasmático.
- Una reducción del nivel de triptófano libre en suero. La disponibilidad del triptófano circulante es el factor principal que regula la actividad del enzima que constituye el paso limitante en la síntesis de serotonina, en donde esta reducción juega un papel muy importante en el desencadenamiento de la depresión. Sin embargo, la administración de triptófano en el embarazo no la previene, con lo que parece existir algún otro mecanismo de modulación en la síntesis de los neurotransmisores.



- La existencia de una alta respuesta a la hormona de crecimiento tras la administración de apomorfina (agonista dopaminérgico) en mujeres que desarrollan psicosis afectivas, hallazgo similar al encontrado en la psicosis posparto.
- Alteración de la función tiroidea, ya que los síntomas remedan un hipotiroidismo. Además, existe una mayor incidencia de tiroiditis autoinmune en el periodo puerperal. Otros hallazgos, como una elevada concentración de anticuerpos antimicrosomales y antitiroglobulina entre el cuarto y el sexto mes posparto, asociados a síntomas depresivos.
- Antecedentes psiquiátricos previos aunque en un 50% de los casos constituye el primer episodio de un trastorno depresivo, se han relacionado con la depresión postparto.
- Antecedentes personales: Estudios prospectivos y retrospectivos señalan que una historia de depresión previa aumenta la incidencia un 10 a 24%. Si la depresión ocurre durante el embarazo el riesgo es más alto 35%; si existen antecedentes de depresión posparto el riesgo de recurrencia se dispara hasta el 50%.

#### ➤ FACTORES PSICOLÓGICOS

La mujer en la etapa de la gestación y el parto se debe adaptar a cambio que ocurre no solo en su cuerpo y en su mente sino también con su pareja y con sus respectivas relaciones interpersonales. Dentro de estos factores de adaptación podemos destacar a los siguientes: un antecedente previo de depresión, no recibir el apoyo de la pareja, pérdida del ser más importante en la vida de la mamá cuando era niña (su propia madre), presentar síntomas de depresión en el periodo de la gestación, sentir miedo e incertidumbre con la llegada de un nuevo ser al que tendrá que cuidar, que el bebe sea producto de una violación, tener problemas sentimentales o sociales como por ejemplo que un familiar o un ser querido haya fallecido, problemas económicos, haber presentado algún o algunos problemas durante el embarazo y el parto, que el neonato presente algún tipo de problema neurológico, físico o algún padecimiento e incapacidad.

## ➤ FACTORES BIOLÓGICOS

Existen evidencias de alteraciones de los neurotransmisores (animas biogenas), citoquinas y hormonas que parecen modular o influir de forma importante sobre la aparición y el curso de la enfermedad. La psiconeuroinmunología ha evidenciado trastornos en el eje hipotálamo- hipofisario-adrenal relacionados con varias citoquinas proinflamatorias como interleukina-1, interleukina-6 y factor de necrosis tumoral que se incrementan en la depresión, así como alteraciones inmunológicas asociadas a neurotransmisores en el trastorno depresivo mayor (por ejemplo, se reducen el número de transportadores de serotonina en plaquetas y linfocitos de sangre periférica).

## ➤ ALTERACIONES CEREBRALES

Algo muy fundamental que impulsa a la aparición del trastorno depresivo es definitivamente una alteración en el funcionamiento de las áreas frontal y límbica del cerebro, sin embargo, no existe una lesión anatómica visible con técnicas de neuroimagen.

## ➤ ALTERACIONES EN NEUROTRANSMISORES

La relación entre la depresión, las hormonas y los neurotransmisores (serotonina, dopamina, noradrenalina, etc.) es muy estrecha y amplia. En los antidepresivos la conexión neuronal mediante los neurotransmisores ayudan a normalizar las alteración y en la depresión esto no funciona bien.

## ➤ ALTERACIONES GENÉTICAS

Aquellas personas que son padres antes de los 20 años han presentando episodios de depresión, es más común que ellos tengan la probabilidad de tener hijos con depresión. En el caso de la depresión mayor, la influencia de los genes no ha sido claramente establecida. Algunos investigadores vincularon el riesgo de padecer depresión con los cambios genéticos o polimorfismos en genes que codifican la proteína que transporta la serotonina, sin embargo, por el momento no se conoce el origen de los genes que provocan.

### ➤ FACTORES PSICOSOCIALES

Ciertos factores externos como los estresores psicosociales e internos son considerados una hipótesis inmunológica de la depresión. Aparte de ser una entidad natural “Los trastornos mentales” son también una entidad de carácter histórico-social, que son asociados complemento de vida, que no puede ser explicable solamente por algunos desequilibrios de la neuroquímica cerebral. Está más relacionado con lo psicobiológico del orden de los problemas que se presentan en la vida con la biología y de la personas más que solo cerebro. Existen personas genéticamente vulnerables al estrés que presentan reacciones negativas al ser sometidas por este efecto estresante.

### ➤ FACTORES RELACIONADOS CON LA PERSONALIDAD

Cada persona es diferente, y la depresión está relacionada a la personalidad de cada persona, sin embargo un mayor índice de depresión puede ser causa de personas con determinados trastornos de la personalidad, con alteraciones en sus diferentes mecanismos y sobretodo en su autoestima.

### ➤ FACTORES SOCIODEMOGRÁFICOS

La depresión es la causa de una serie de factores, entre ellos encontramos el estado civil de la madre, la edad, el nivel de estudio que tenga, la situación económica y la situación laboral de ambos esposos.

### ➤ FACTORES DE MORBILIDAD

Los factores de morbilidad materna que influyen son los problemas de fertilidad que hay en la pareja, antecedes de abortos, complicaciones en la etapa de la gestación y el parto, la posibilidad que la madre tenga alguna enfermedad.

La morbilidad del neonato asociados a la presencia de anomalías o alguna enfermedad, ya sea problemas respiratorio, infecciosos, un recién nacido prematuro o con bajo peso, hasta una muerte neonatal entre otros. (9)



### **3.4.4 LOS TRASTORNOS DEL ESTADO DE ÁNIMO EN EL POSPARTO SON DIVIDIDOS EN TRES GRUPOS:**

Existen tipos de severidades dentro de la depresión posparto, las cuales se pueden presentar en tres diferentes modalidades. La modalidad menos grave y que afecta a un mayor porcentaje de mujeres es llamada “etapa melancólica” o “baby blue”, es la que dura pocos días. La otra modalidad considerada como la condición moderada se denomina Depresión PosParto (DPP), esta se puede extender hasta los dos años, y por último está la modalidad considerada como la reacción más severa conocida con el nombre de Psicosis Puerperal, esta se caracteriza por una pérdida de la realidad que se extiende por largos periodos de tiempo.

#### **a) MELANCOLÍA POSPARTO O “BABY BLUE”**

El cuerpo de la madre después del parto tiene que adaptarse a diferentes procesos fisiológicos de adaptación. La frecuencia presentada es de un 20 a un 80% de las madres. De 2 a 5 días después de que la madre tenga su parto es cuando generalmente se presenta la melancolía posparto. Su pico más alto es aproximadamente alrededor del cuarto día pos parto y se resuelve a los 10 días, esto significa que, el sentimiento de tristeza que la madre posee es de corta duración y este desaparece dentro de pocas semanas.

#### **Sintomatología:**

- Ansiedad,
- Insomnio,
- Irritabilidad,
- Labilidad emocional (episodios de llanto sin razón),
- Sensibilidad emocional, cefaleas, cambios de apetito
- Sentimientos de minusvalía,
- Abrumada e incluso agotamiento.

La melancolía del posparto usualmente finaliza sin ningún tratamiento médico luego de aproximadamente una semana o dos, que es cuando los niveles hormonales regresan a su normalidad, tan pronto como la propia madre y su cuerpo se adaptan a la nueva situación.

**b) DEPRESIÓN POSPARTO:** Trastorno mental o psiquiátrico

**c) PSICOSIS POSPARTO**

Se trata de una condición más rara y más severa de trastornos psiquiátricos posparto, ésta se caracteriza porque no existe diferencia clínicamente de otras psicosis, es por eso que se requiere una mayor e inmediata atención médica. El inicio es brusco y dramático, ya que surge tempranamente desde las primeras 48 a 72 horas después del parto. Comúnmente entre las primeras 2 a 4 semanas posparto se desarrollan diferentes síntomas. Este trastorno de psicosis ocurre en aproximadamente 1 a 2 de cada 1000 nacimientos y afecta a un 0.1% a un 0.2% de las mujeres posparto.

#### **Sintomatología:**

- Labilidad del humor,
- agitación grave,
- confusión,
- insomnio,
- pensamientos desorganizados (ideas de suicidio, pensamientos obsesionados de violencia contra el bebé, falta de concentración),
- alucinaciones que implican al niño (por ejemplo pueden pensar que el niño está muerto, que esta poseído por un demonio y debería de morir, que está señalado).

(7)

#### **3.4.5. DIAGNÓSTICO**

Un buen diagnóstico de la depresión posparto, se realiza clínicamente, en donde se utilizan mediadores como son las entrevistas, los cuestionarios, para así definir si la madre padece de algún trastorno depresivo que puede afectar su maternidad. La Escala de Depresión Postnatal de Edimburgo es una herramienta de rastreo el cual nos ayuda a mejorar el diagnóstico temprano de la depresión

### 3.4.6. SÍNTOMAS DEPRESIVOS

➤ **Síntomas anímicos (clínica afectiva o emocional):**

Entre los síntomas anímicos más comunes y sobresalientes está la tristeza, el síntoma específico de la enfermedad son la tristeza y las ganas de vivir, en los pacientes adolescentes el sentimiento de la tristeza se manifiesta como una irritabilidad, una inestabilidad, una sensación de vacío o nerviosismo.

➤ **Síntomas motivacionales y conductuales (clínica volitiva en la que se describe cambios de motricidad):** Dentro de ello tenemos

**Bradipsiquia:** El paciente tiene dificultades para expresarse, tener ideas, comunicarse y recordar lo que acaba de hacer.

**Inhibición psicomotriz:** Falta expresividad y se cae en la inacción. El papel de la inhibición es proteger al paciente de las tendencias auto agresivo.

**Apatía:** Las relaciones se descuidan, así como el arreglo personal y el aseo.

**Despersonalización:** El paciente siente que “no es el mismo que antes”

**La anhedonia** o pérdida de la capacidad de disfrute, es junto con el estado de ánimo deprimido, es el síntoma principal.

➤ **Síntomas Cognitivos:**

El rendimiento cognitivo de una persona deprimida está afectado; en donde la memoria, la atención, la capacidad de concentración, pueden llegar a resentirse drásticamente sin destacar su desempeño en tareas cotidianas. La autodespreciación, la autoculpación y la pérdida de autoestima suelen ser contenidos claves de las cogniciones de estas personas.

➤ **Síntomas físicos (clínica somática):** Centrada en la descripción de los síntomas somatopsíquicos o vegetativos o las alteraciones de los ritmos biológicos. Un 70 a 80% padecen de problemas de sueño, normalmente insomnio si bien en un pequeño porcentaje puede darse hipersomnia. Otros síntomas físicos son: fatiga



sobre todo por la mañana, pérdida de apetito, disminución del deseo y la actividad sexual, con frecuencia molestias corporales difusas (cefalea, lumbalgia, náuseas, vómitos, estreñimiento, disuria, visión borrosa) los dolores son las quejas más frecuentes.

➤ **Síntomas interpersonales:**

Una importante característica de las personas deprimidas es el deterioro en las relaciones con los demás. Estos pacientes comúnmente sufren el rechazo de las personas que les rodean, lo que a su vez los aísla aún más. Un funcionamiento interpersonal inadecuado en estos pacientes ha mostrado ser un buen predictor de un peor curso de la depresión. (6)

### 3.4.7. TRATAMIENTO

Es importante saber que la depresión posparto (DPP) es tratable y que con el tiempo desaparecerá. El tipo de tratamiento dependerá de la severidad de la depresión, ya que este puede ser tratado con medicamentos (antidepresivos) y está también la psicoterapia, sin embargo, el buen pronóstico dependerá de la detección precoz del problema de depresión.

➤ **Tratamiento Psicoterapéutico**

La importancia que han demostrado tener las medidas de apoyo y psicoeducacionales para disminuir de forma significativa la incidencia de los síntomas depresivos ha dado lugar a la creación de grupos de soporte y asociaciones dirigidas al tratamiento de estos problemas. Por otro lado las terapias tratan de ayudar al paciente a resolver sus conflictos, este tipo de terapia se complementa con medicamentos o terapia electro convulsivas.

➤ **Tratamiento Farmacológico**

El tratamiento con antidepresivos ha demostrado su eficacia para tratar trastornos depresivos. Muchas veces es combinado con tratamiento psicoterapéutico para aumentar su

eficacia. En general, se ha demostrado que los inhibidores de la recaptación de serotonina son más eficaces que los antidepresivos tricíclicos.

Los principales grupos de fármacos antidepresivos son los antidepresivos tricíclicos, los inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina (ISRS) y los inhibidores de la enzima mono amino-oxidasa (IMAO). En mayor o menor grado, todos ellos pueden presentar algunos efectos secundarios, principalmente sequedad de boca, estreñimiento, mareos, náuseas, insomnio o cefalea, siendo los de las últimas generaciones los mejor tolerados. Es importante que el tratamiento sea continuado durante un periodo largo de tiempo, de seis meses a un año para garantizar que su efecto se complete. Siendo un tratamiento estricto ya que si el paciente deja el tratamiento u olvida tomarlo los resultados no serán los mismos. (22)

#### **3.4.8. CONSECUENCIAS DE LA DEPRESIÓN POSPARTO**

- ✓ Una depresión posparto no diagnosticada y no tratada adecuadamente puede llevar a grandes problemas en la madre y en la familia,
- ✓ Puede afectar al niño quien puede tener por ejemplo retrasos en el desarrollo del lenguaje o el desarrollo cognitivo o presentar a futuro problemas conductuales en el colegio.
- ✓ La madre deprimida no tiene ganas ni energía para relacionarse activamente con su bebé ni con los demás. Se siente aislada e incomprendida, a la vez que temerosa de expresar su sufrimiento.
- ✓ Puede pasar por preocupaciones obsesivas, sentimientos de fracaso, incompetencia e incluso deseos de muerte.
- ✓ La relación marital se va a ver afectada, sin que se sepa cuantos casos de separación y divorcio pueden ser debidos a la depresión posparto.
- ✓ Las madres deprimidas interactúan menos con sus bebés, se altera la comunicación y el niño está menos estimulado, es decir, la depresión dificulta la maternidad y la crianza.

- ✓ Los hijos de madres con depresión posparto tienen más problemas de conducta y peor rendimiento cognitivo. Los niños cuyas madres siguen deprimidas después de 6 meses tienen peor desarrollo psicomotor al año de vida. (5)

### **3.4.9. PREVENCIÓN DE LA DEPRESIÓN POSPARTO**

- Prevención es cualquier acto dirigido a prevenir la enfermedad y promover la salud cuyo objetivo es evitar la necesidad de atención primaria, secundaria o terciaria.
- Detectar precozmente el trastorno, tratarlo rápidamente, identifique a alguien en quien puede confiar, es bueno disponer de una amistad a quien acudir en caso de necesidad, asista a las clases prenatales o pre-parto y que también asista su pareja.
- Si ha sufrido previamente una depresión posparto, no significa que vaya a tenerla de nuevo en el siguiente parto. Lo que se recomienda tras el parto, es que se ponga en contacto con su médico para que éste vigile la posible aparición de cualquier signo de recurrencia de la depresión posparto, y así comenzar lo antes posible con el tratamiento. (20)

### **3.5. EL CONTACTO PIEL A PIEL Y LA DEPRESIÓN POSPARTO**

Si hablamos porcentualmente, en el Perú, los nacimientos en MINSA, un 20% de ellos son cesáreas. Algunas mujeres no presentan traumas aparentes después de la cesárea, a pesar que otras experimentan una compleja reacción psicológica, con sentimientos encontrados ya sea de fracaso, pérdida y dificultades en el vínculo con sus hijos e incluso sufren la llamada “depresión poscesárea” o bien un síndrome de estrés postraumático, esto en algunos casos.

Las reacciones de cada persona ante cualquier situación son diferentes, esto está influenciado ante una serie de factores obstétricos, es decir los motivos por el cual se decidió que no se continuaría con el parto vaginal y se haría una cesárea y el desarrollo de ésta.



Si la cesárea es urgente y motivada por una situación de sufrimiento fetal la mujer puede experimentar mayores dificultades en el posparto. Sin embargo, las cesáreas programadas pueden permitir que la futura madre se prepare mejor psicológicamente para la operación.

En segundo lugar, la calidad de la atención recibida por la mujer es un aspecto importante en la recuperación de la cesárea. Si la mujer ha decidido la cesárea, si ha sido informada sobre que opciones tiene, y las consecuencias que pudieran haber para ella y su bebé si no lo aceptaba, la asimilación de ésta sería relativamente sencilla. Por el contrario si la mujer ha sentido mal trato de parte del personal, como en la forma de hablarle, si no ha sido acompañada emocionalmente ya sea por algún familiar, por su pareja o por el mismo personal de salud y si la indicación de la cesárea ha sido dudosa e innecesaria, la probabilidad de que la mujer sufra daños psicológicos es más grande y esto puede prolongarse en el transcurso del tiempo. (11)

El contacto piel a piel (CPP) en la madre a través de estímulos sensoriales como el tacto, el color y el olor es un potente estimulante vagal, que entre otros muchos efectos, libera oxitocina materna. La oxitocina cumple múltiples funciones, entre ellas produce un aumento en la temperatura de la piel de las mamas de la madre, por ende esto ayuda en la proporción de calor al recién nacido. Otra función de la oxitocina es antagonizar el efecto de lucha/huida, esto quiere decir que disminuye la ansiedad de la madre y aumenta la tranquilidad y la predisposición social.

Es posible que la oxitocina también estimule las conductas de crianza, durante las primeras horas después del nacimiento. Los resultados del contacto piel a piel para las madres indican un mejor vínculo o apego con sus hijos, un mayor sentido de control y autoperfeccionamiento, es por eso que la confianza en ellas mismas aumenta o mejora. Según Dennis, el sentido de control y la confianza en uno mismo son resultados pertinentes ya que predicen la duración de la lactancia (Dennis, 1999), habiendo detectado que mujeres con muy poca confianza en ellas mismas y en la lactancia presentan tres veces más riesgo que desteten a su niño antes de lo normal.

Cerezo et al. destacan la importancia de los factores estresantes en las madres mostrando como sus estados de emociones negativos por una autorregulación materna inadecuada

afectan sus habilidades atencionales y estadíos del procesamiento de las señales infantiles, que conducen a actos menos sensibles, respuestas nada oportunas, asincrónicas, principalmente insensibles cuando el bebé manifiesta quejas o llanto, porque no se autorregula en sus emociones. (15)

### **3.6 ESCALA DE DIAGNÓSTICO UTILIZADA**

#### **ESCALA DE DEPRESIÓN DE POSPARTO DE EDINBURGH (EPDS)**

La Escala de Depresión de Posparto de Edinburgh se creó para asistir a los profesionales de la atención primaria de salud en la detección de las madres que padecen de depresión posparto; una afección alarmante más prolongada que la “Melancolía de la Maternidad” [“Blues” en inglés] (lo cual ocurre durante la primera semana después del parto) pero que es menos grave que la psicosis del puerperio. Estudios previos demostraron que la depresión de posparto afecta por lo menos a un 10% de las mujeres y que muchas de las madres deprimidas se quedan sin tratamiento. Estas madres logran sobrellevar la carga de su bebé y las tareas de la casa, pero su placer por la vida se ve gravemente afectado y puede que toda la familia sufra consecuencias a largo plazo.(2)

La EPDS se creó en centros de salud en Livingston y Edinburgh. Consiste de diez cortas declaraciones. La madre escoge cuál de las cuatro posibles respuestas es la que más se asemeja a la manera en la que se sintió durante la semana anterior. La mayoría de las madres pueden contestar la escala sin dificultad en menos de 5 minutos. El estudio de validación demostró que las madres que obtienen resultados por encima del umbral del 92.3% es más probable que padezcan de alguna enfermedad depresiva de diferentes niveles de gravedad. No obstante, no se le debe dar más importancia a los resultados de la EPDS que al juicio clínico. Se debe realizar una evaluación clínica prudente para confirmar el diagnóstico. La escala indica la manera en que la madre se sintió durante la semana anterior y en casos dudosos, podría ser útil repetirla después de 2 semanas. La escala no detecta las madres con neurosis de ansiedad, fobias o trastornos de la personalidad. (4)

## 4. ANÁLISIS DE ANTECEDENTES INVESTIGATIVOS

### 4.1. ANTECEDENTES INTERNACIONALES

**Título:** Efecto del contacto piel con piel sobre la presencia de síntomas depresivos posparto en mujeres de bajo riesgo obstétrico.

**Autor:** DOIS, A Y COL.

**Fuente:** Rev. CHILENA. PEDIATRICA. VOL. 84 N° 3. SANTIAGO JUNIO 2013

**Resumen:Antecedentes:** La depresión posparto es un problema de alta prevalencia que impacta en la vinculación afectiva de la madre con su hijo(a). El contacto piel con piel se define como el contacto del recién nacido seco y desnudo, en posición prona sobre el pecho desnudo de su madre, cubierto por su espalda con una manta tibia, inmediatamente ocurrido el parto durante al menos una hora. **Objetivo:** Examinar la relación entre el contacto piel con piel y la incidencia de síntomas depresivos en mujeres con embarazos de bajo riesgo obstétrico. **Pacientes y Método:** Estudio analítico prospectivo de 393 púerperas de bajo riesgo obstétrico que evaluó sintomatología depresiva puerperal y su asociación con variables sociodemográficas y características del contacto piel con piel como variable en estudio. Los datos se recolectaron a través de un cuestionario a las 24-48 h posparto y un seguimiento telefónico para pesquisar síntomas depresivos a través de la Escala de Depresión de Edimburgo a las 8 días posparto. **Resultados:** Se reporta una incidencia de 29% de síntomas depresivos. El análisis mostró que el contacto piel con piel y el inicio precoz del amamantamiento están asociado significativamente con la ausencia de sintomatología depresiva posparto. **Conclusión:** El contacto piel con piel fue la única variable en este estudio capaz de explicar la ausencia de síntomas depresivos en mujeres que cursaron embarazos de bajo riesgo obstétrico. Se sugiere su implementación como estrategia preventiva. (3)



**Título:** Ensayo clínico aleatorizado controlado y abierto para determinar la eficacia de una intervención contacto piel con piel entre los padres y su recién nacido para reducir la ansiedad, depresión y estrés

**Autor:** FRANCO VASQUEZ, PATRICIA.

**Fuente:** UNIVERSIDAD DE CORUÑA, FACULTAD DE PODOLOGIA, ESPAÑA, 2015.

**Resumen: Introducción:** Algunos de los estados emocionales negativos más frecuentes en el posparto son el estrés, ansiedad y depresión posparto. La (DPP) que tienen consecuencias negativas del tanto para los progenitores, como para la familia y los hijos. Aproximadamente el 13% de las madres sufren depresión posparto.

**Objetivo:** Evaluar la eficacia de una intervención, contacto piel con piel frente a la atención habitual, realizada entre los padres y su recién nacido a término o pos término en el domicilio para reducir la ansiedad, la depresión y el estrés. **Material y**

**Métodos:** El estudio se llevará a cabo en el ámbito de atención primaria del área sanitaria de Ferrol; entre enero del 2016 y junio del 2018. Se realizará un ensayo aleatorizado clínico, controlado y abierto con los padres y su recién nacido (n = 166 por grupo; dirección seguridad del 95% y poder estadístico del 80%; para detectar una diferencia del 16% y del 9% en los niveles de ansiedad / estrés y depresión respectivamente). El control de grupo recibirá la atención habitual y el grupo intervención además de recibir la atención habitual, se realizará el contacto piel con piel en el domicilio (padre- recién nacido y madre - recién nacido). La intervención consistirá en que cada progenitor mantendrá la posición del Método Madre Canguro, realizando una única sesión diaria de 30 minutos o dos sesiones diarias de 15 minutos cada una durante 40 días. La eficacia se medirá en ambos progenitores evaluando la ansiedad (Inventario de Ansiedad de Beck), El estrés (nivel de cortisol de la saliva) y la Calidad de Vida (SF-36) ya mayores en las madres, la depresión posparto (Inventario de depresión de Beck) una a las 24-48 horas y a los 40 días. Se determinará en su vez: las variables socio-demográficas, clínicas y el índice de comorbilidad de Charlson. Para dicho estudio, la autoridad del comité de ética solicitará un Consentimiento Informado. **Análisis Estadístico** Se hará un estudio

descriptivo de las variables incluidas en el estudio, análisis bivariado de las Naciones Unidas y un análisis multivariado de regresión logística y lineal múltiple. (16)

#### 4.2. ANTECEDENTES NACIONALES

**Título:** Contacto piel a piel inmediata: efecto sobre el estado de ansiedad y depresión materna posparto y sobre la adaptabilidad neonatal hacia la lactancia materna precoz

**Autor:** RIVERA, G Y COL.

**Fuente:** Rev. PERUANA PEDIATRICA VOL 3 PERU 2007

**Resumen: Objetivo:** Demostrar el efecto del contacto piel a piel inmediato sobre los niveles de ansiedad y depresión materna a las 2 y 48 horas posparto; así como sobre la adaptación neonatal hacia la lactancia materna inmediata y sobre los niveles de satisfacción materna sobre el parto en sí. **Material y métodos:** Se realizó un estudio prospectivo, a doble ciego (ensayo clínico), comparando dos grupos formados de manera aleatoria: grupo de estudio (CPPI)  $n = 38$  y grupo de control  $n = 41$ . El grupo de estudio fue beneficiado con el contacto piel a piel inmediata de 30 minutos de duración. Se aplicaron las siguientes escalas a las 2 y 48 horas posparto: Escala hospitalaria para la ansiedad y depresión (HAD) y escala de Hamilton para la ansiedad. A las dos horas de vida los recién nacidos fueron puestos sobre el pecho materno, observándose cuántos de ellos lograron éxito en la lactancia materna inmediata. Se interrogó a las madres sobre la percepción y satisfacción hacia la experiencia del parto en sí. **Resultados:** Los niveles de ansiedad y depresión materna fueron menores en el grupo de estudio (CPPI) a las 48 horas posparto comparado con los del grupo de control ( $p < 0,0001$ ), tanto en sus puntajes absolutos como al valorarlos según los grados del trastorno estudiado; mientras que a las 2 horas posparto no se halló diferencia significativa. Los recién nacidos del grupo de estudio lograron mayor éxito en la lactancia materna inmediata versus los del grupo de control (29 de 38 versus 12 de 41,  $p < 0,0001$ ). El grado de satisfacción sobre la percepción materna del parto fue mayor en el grupo de estudio ( $p < 0,0001$ ). **Conclusiones:** El contacto piel a piel disminuye los niveles de ansiedad y depresión materna a las 48 horas posparto, mejora la conducta adaptativa neonatal hacia la

lactancia materna inmediata e incrementa los niveles de satisfacción materna sobre la percepción del parto. (17)

## 5. HIPÓTESIS

Dado que el Contacto precoz piel a piel madre-hijo tiene múltiples beneficios para la adaptación tanto del recién nacido como para la madre.

Es probable que las mujeres puérperas que tuvieron contacto precoz piel a piel madre – hijo tengan menor riesgo de depresión posparto que las mujeres puérperas que no tuvieron contacto precoz piel a piel madre – hijo.







# **CAPÍTULO II: PLANTEAMIENTO OPERACIONAL**

## II. PLANTEAMIENTO OPERACIONAL

### 1. TÉCNICAS, INSTRUMENTOS Y MATERIALES DE VERIFICACIÓN

**1.1.Técnica:** Se aplicó la técnica de entrevista.

**1.2.Instrumentos:** El instrumento que se utilizó fue la cédula de entrevista. (*Anexo 2*)

En donde después de 7 días la púérpera debió contestar preguntas sobre su estado de ánimo.

El nivel de depresión posparto fue calificado como:

PARÁMETROS	PUNTAJE
Sin depresión posparto	< 9 puntos
Con depresión posparto	>= 10 puntos

**1.3.Materiales:**

- Fichas de investigación
- Material bibliográfico
- CD
- Tinta de impresora
- Computadora
- Impresora
- Papel
- Grapas
- Lapiceros
- Procesador de Texto Word 2010

### 2. CAMPO DE VERIFICACIÓN

#### 2.1. Ubicación espacial

Se realizó en forma prospectiva en el Servicio de Obstetricia del Hospital Goyeneche de Arequipa. (*Anexo 3*)

#### 2.2. Ubicación Temporal

Se realizó en forma coyuntural durante los meses de Enero – Febrero del 2016.

### 2.3. Unidades de Estudio

Gestantes que acudieron al servicio de Obstetricia para dar su parto en el Hospital Goyeneche de Arequipa.

#### 2.3.1. Universo

##### A. Universo Cualitativo

###### a. Criterios de Inclusión:

- Gestante cuya evolución del trabajo de parto culminó en parto eutócico.
- Gestante cuya evolución del trabajo de parto culminó en parto distócico.
- Madres y sus neonatos de término sanos (37 semanas de "edad gestacional") que tienen contacto temprano piel a piel inmediato.
- Neonatos catalogados como sanos y la valoración del test de APGAR a los 5 minutos superior o igual a 7.

###### b. Criterios de Exclusión:

- Puérperas con deficiencia mental.
- Puérperas quechua hablante.
- Puérperas que no deseen colaborar con el estudio. (*Anexo I*)

##### B. Universo Cuantitativo

Total de gestantes que acudieron al servicio de Obstetricia para dar su parto en el Hospital Goyeneche Arequipa 2016. Se trabajó con el total de 169 puérperas que acudieron al servicio en el mes Enero – Febrero del 2016, que reunieron los criterios de inclusión y exclusión.

**2.3.2. Muestra:** Se aplicó la fórmula teniendo nuestro universo de 169 puérperas.

##### A. Tamaño de la muestra

$$\frac{N \times 400}{N + 400} = \frac{169 \times 400}{169 + 400} = \frac{67600}{569} = 59.5 = \boxed{60}$$

La muestra es de 60 puérperas.

Trabajamos con un grupo con contacto precoz piel a piel madre – hijo de 60 puérperas en comparación con un grupo sin contacto precoz piel a piel madre – hijo de 60 puérperas.



**B. Tipo de muestreo:**

Tipo de muestreo probabilístico aleatorio simple.

**3. ESTRATEGIA DE RECOLECCIÓN DE DATOS**

**3.1. Organización**

Se emitió solicitud al jefe del Departamento de Gineco – Obstetricia del Hospital Goyeneche para la aplicación del presente trabajo de investigación.

**3.2. Recursos**

**a. Recursos Humanos**

Bachilleres: Carla Yovana Flores Silva

Adriana Ursula Pérez Postigo Zegarra.

Asesor: Mg. Marcos Herrera Cárdenas

**b. Recursos Materiales**

- Fichas de investigación.
- Material de escritorio.
- Computadora con bases de datos y software estadístico.

**c. Financieros**

- Autofinanciado por las autoras del proyecto

**3.3. Validación del instrumento**

La escala de Edimburgo se creó para asistir a los profesionales de atención primaria de Salud en la detección de las madres que padecen de depresión posparto.

Consiste en 10 cortas declaraciones. La madre escoge cuál de las cuatro posibles respuestas es la que más se asemeja a la manera en la que se sintió durante la semana anterior. La mayoría de las madres pueden contestar la escala sin dificultad en menos de 5 minutos.

El estudio de Validación demostró que las madres que obtienen resultados por encima del 92.3% es más probable que padezcan de alguna enfermedad depresiva de diferentes niveles de gravedad.

### **Instrucciones de uso:**

1. Se le pide a la madre que escoja la respuesta que más se asemeje a la manera en que se sintió en los 7 días anteriores.
2. Tienen que responder las diez preguntas.
3. Se debe tener cuidado y evitar la posibilidad de que la madre hable sobre sus respuestas con otras personas.
4. La madre debe responder la escala ella misma, a no ser que sus conocimientos del idioma sean limitados o que tenga problemas para leer.
5. La EPDS se puede usar entre las 6 y 8 semanas para evaluar a las mujeres en la etapa de posparto. La clínica de pediatría, la cita de control de posparto o una visita al hogar pueden ser oportunidades convenientes para realizarla.

### **Pautas para la evaluación:**

A las categorías de las respuestas se les dan puntos de 0, 1, 2 y 3 según el aumento de la gravedad del síntoma. Los puntos para las preguntas 3, 5, 6, 7, 8, 9, 10 se anotan en orden inverso (por ejemplo, 3, 2, 1, 0) Se suman todos los puntos para dar la puntuación total. Una puntuación de 10 a más muestra la probabilidad de una depresión, pero no su gravedad. Cualquier número que se escoja que no sea el “0” para la pregunta número 10, significa que es necesario hacer evaluaciones adicionales inmediatamente. La puntuación de la EPDS está diseñada para asistir al juicio clínico, no para reemplazarlo. Se les harán evaluaciones adicionales a las mujeres antes de decidir el tipo de tratamiento. Los usuarios pueden reproducir esta escala sin necesidad de obtener permisos adicionales siempre y cuando respeten los derechos de autor y citen los nombres de los autores, el título y la fuente del artículo en todas las copias que reproduzcan.(ANEXO2). (19)

### **3.4. Consideraciones éticas**

Previo a la aplicación del instrumento se solicitó la aprobación del proyecto de investigación seguidamente la autorización del jefe de departamento de Gineco – Obstetricia del Hospital Goyeneche.

Las puérperas que aceptaron participar en el presente estudio firmaron el consentimiento informado.

Los datos obtenidos serán manejados y custodiados por las investigadoras con el fin de resguardar la información.

#### **4. ESTRATEGIA PARA MANEJAR LOS RESULTADOS**

##### **a). Plan de Procesamiento:**

- Plan de clasificación: La plantilla esquemática de la matriz de ordenamiento es electrónica.
- Plan de codificación por dígitos y el tipo de procesamiento es múltiple.
- Plan de recuento y el tipo de recuento es electrónico.
- Plan de graficación: Se utilizó la gráfica de barras.

##### **b). Plan de Análisis de Datos:**

- El tipo de análisis: Para el análisis de los datos se realizó tablas univariadas y de contingencia para expresar las frecuencias absolutas y relativas porcentuales. Asimismo para el contraste de la hipótesis de investigación se realizó la prueba de chi cuadrado con un nivel de significancia del 5%.  
El proceso de los datos se realizó mediante el software estadístico SPSS versión 23





# **CAPÍTULO III: RESULTADOS**

**TABLA N° 1**

**EDAD DE LAS PUÉRPERAS ATENDIDAS EN EL SERVICIO DE OBSTETRICIA  
DEL HOSPITAL GOYENECHÉ**

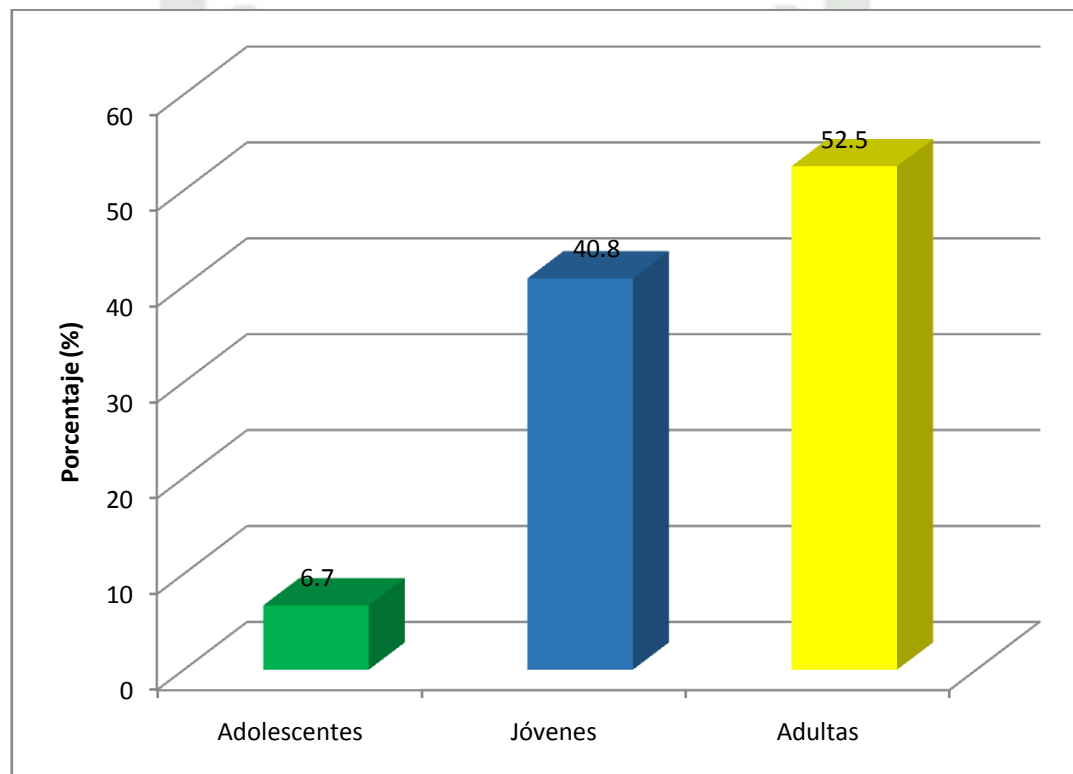
<b>EDAD</b>	<b>N°</b>	<b>%</b>
Adolescentes	8	6.7
Jóvenes	49	40.8
Adultas	63	52.5
<b>TOTAL</b>	120	100

**FUENTE: Elaboración Propia**

La tabla N° 1, muestra que el 52.5% de las puérperas son adultas y solo el 6.7% de ellas son adolescentes.

### GRÁFICO N°1

#### EDAD DE LAS PUÉRPERAS ATENDIDAS EN EL SERVICIO DE OBSTETRICIA DEL HOSPITAL GOYENECHÉ



FUENTE: Elaboración Propia



**TABLA N° 2**

PROCEDENCIA DE LAS PUÉRPERAS ATENDIDAS EN EL SERVICIO DE  
OBSTETRICIA DEL HOSPITAL GOYENECHÉ

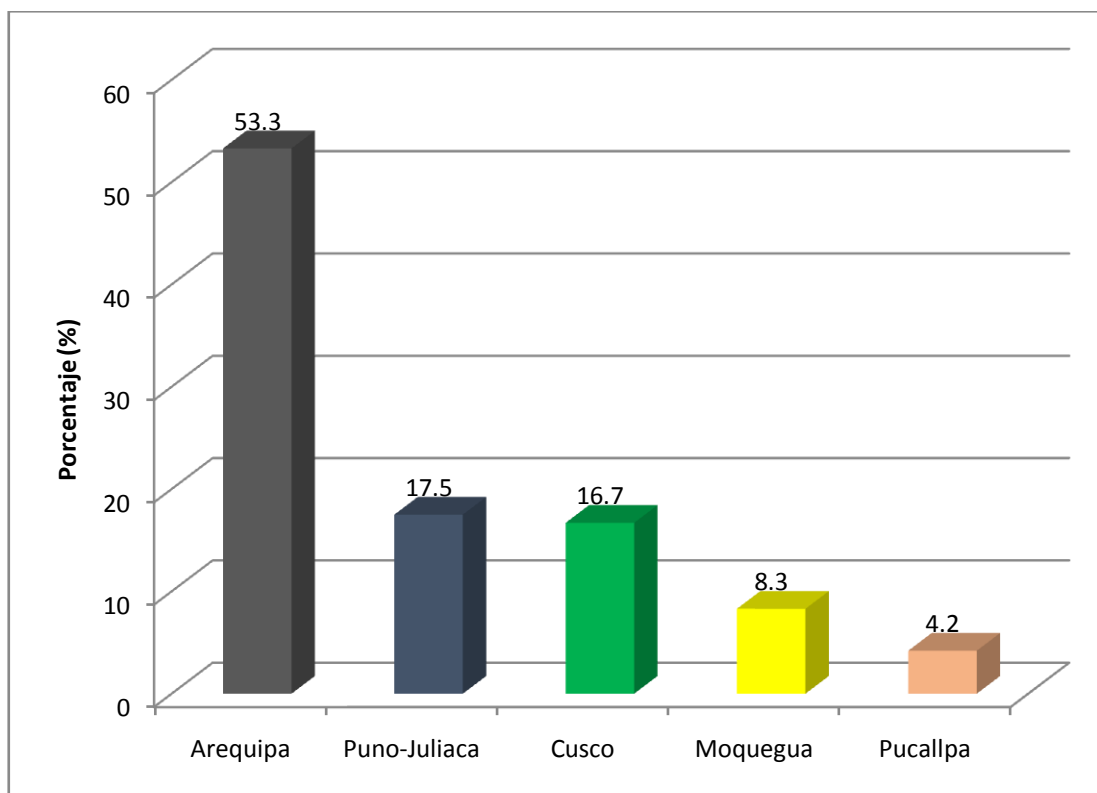
PROCEDENCIA	N°.	%
Arequipa	64	53.3
Puno-Juliaca	21	17.5
Cusco	20	16.7
Moquegua	10	8.3
Pucallpa	5	4.2
<b>TOTAL</b>	<b>120</b>	<b>100</b>

**FUENTE: Elaboración Propia**

La tabla N°2 muestra que el 53.3% de las puérperas son de Arequipa, mientras que el 4.2% de ellas son de procedencia de Pucallpa.

## GRÁFICO N°2

### PROCEDENCIA DE LAS PUÉRPERAS ATENDIDAS EN EL SERVICIO DE OBSTETRICIA DEL HOSPITAL GOYENECHÉ



FUENTE: Elaboración Propia

**TABLA N° 3**

**GRADO DE INSTRUCCIÓN DE LAS PUÉRPERAS ATENDIDAS EN EL SERVICIO  
DE OBSTETRICIA DEL HOSPITAL GOYENECHÉ**

<b>GRADO DE INSTRUCCIÓN</b>	<b>N°.</b>	<b>%</b>
Primaria completa	5	4.2
Secundaria completa	62	51.7
Secundaria incompleta	21	17.5
Técnico	21	17.5
Universitario	11	9.2
<b>TOTAL</b>	<b>120</b>	<b>100</b>

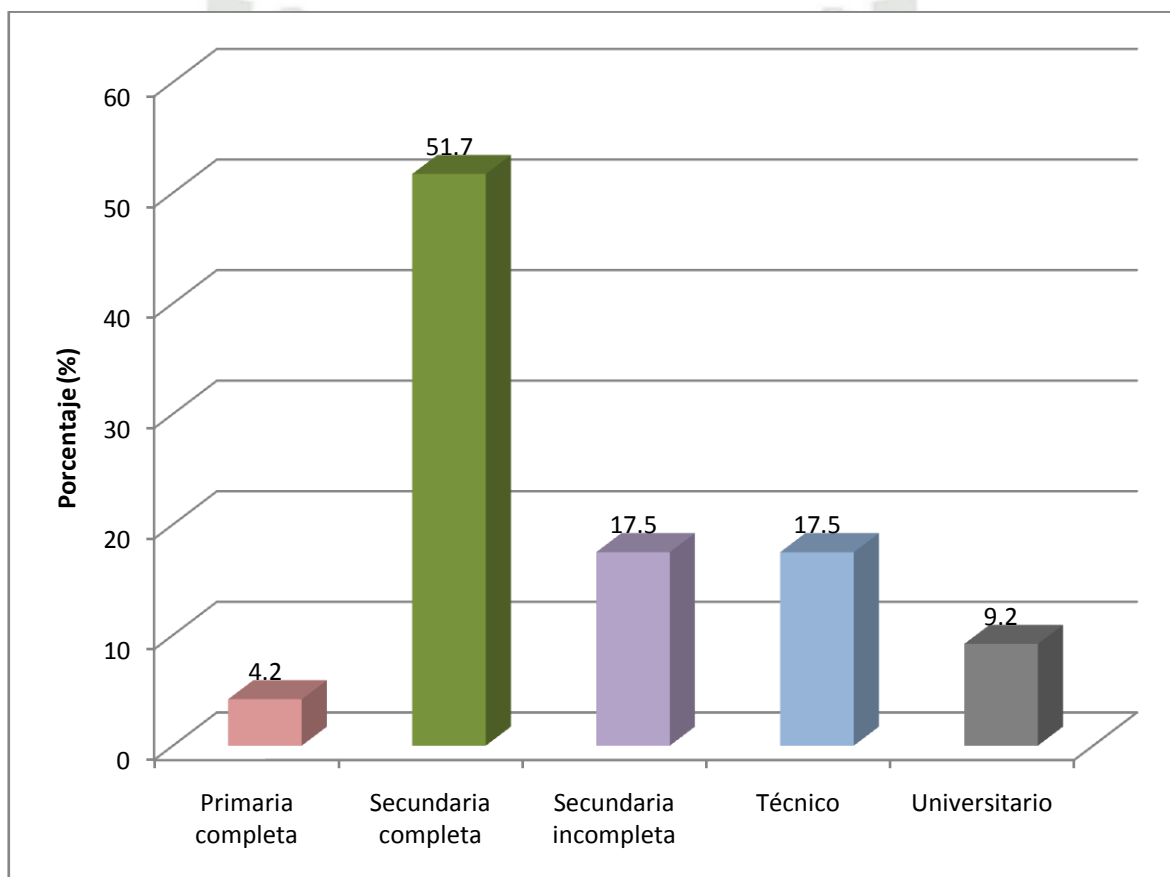
**FUENTE: Elaboración Propia**

La tabla N°3 muestra que el 51.7% de puérperas sólo tienen secundaria completa, mientras que el 4.2% de ellas sólo tienen primaria completa.



### GRÁFICO N°3

#### GRADO DE INSTRUCCIÓN DE LAS PUÉRPERAS ATENDIDAS EN EL SERVICIO DE OBSTETRICIA DEL HOSPITAL GOYENECHE



FUENTE: Elaboración Propia

**TABLA N° 4**

**PARIDAD EN LAS PUÉRPERAS ATENDIDAS EN EL SERVICIO DE OBSTETRICIA  
DEL HOSPITAL GOYENECHÉ**

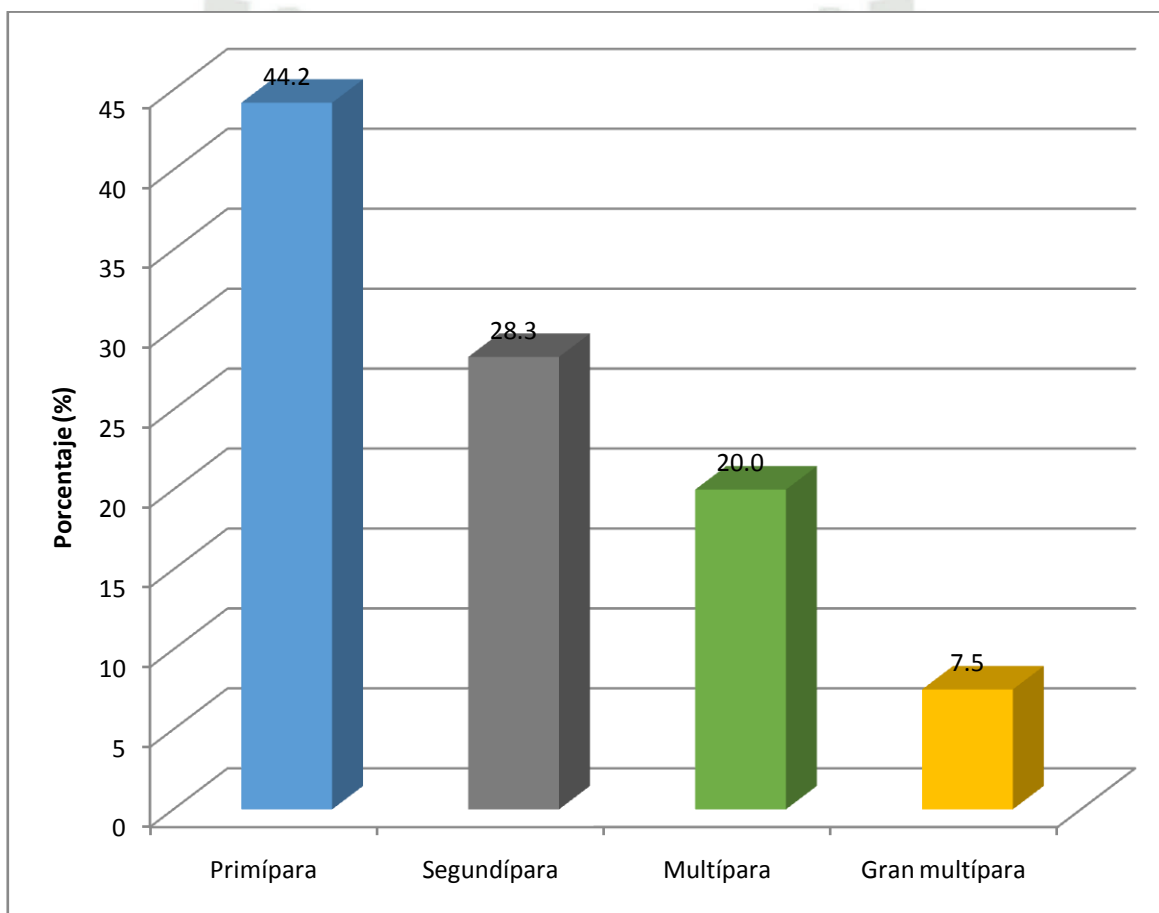
<b>PARIDAD</b>	<b>N°.</b>	<b>%</b>
Primípara	53	44.2
Segundípara	34	28.3
Múltipara	24	20.0
Gran múltipara	9	7.5
<b>TOTAL</b>	<b>120</b>	<b>100</b>

**FUENTE: Elaboración Propia**

La tabla N°4 muestra que el 44.2 % de las puérperas son primíparas, mientras que el 7.5% de ellas son gran múltiparas.

### GRÁFICO N°4

#### PARIDAD EN LAS PUÉRPERAS ATENDIDAS EN EL SERVICIO DE OBSTETRICIA DEL HOSPITAL GOYENECHÉ



FUENTE: Elaboración Propia



**TABLA N° 5**

**NIVEL DE DEPRESIÓN EN LAS PUÉRPERAS SIN CONTACTO PRECOZ PIEL A PIEL MADRE-HIJO ATENDIDAS EN EL HOSPITAL GOYENECHÉ**

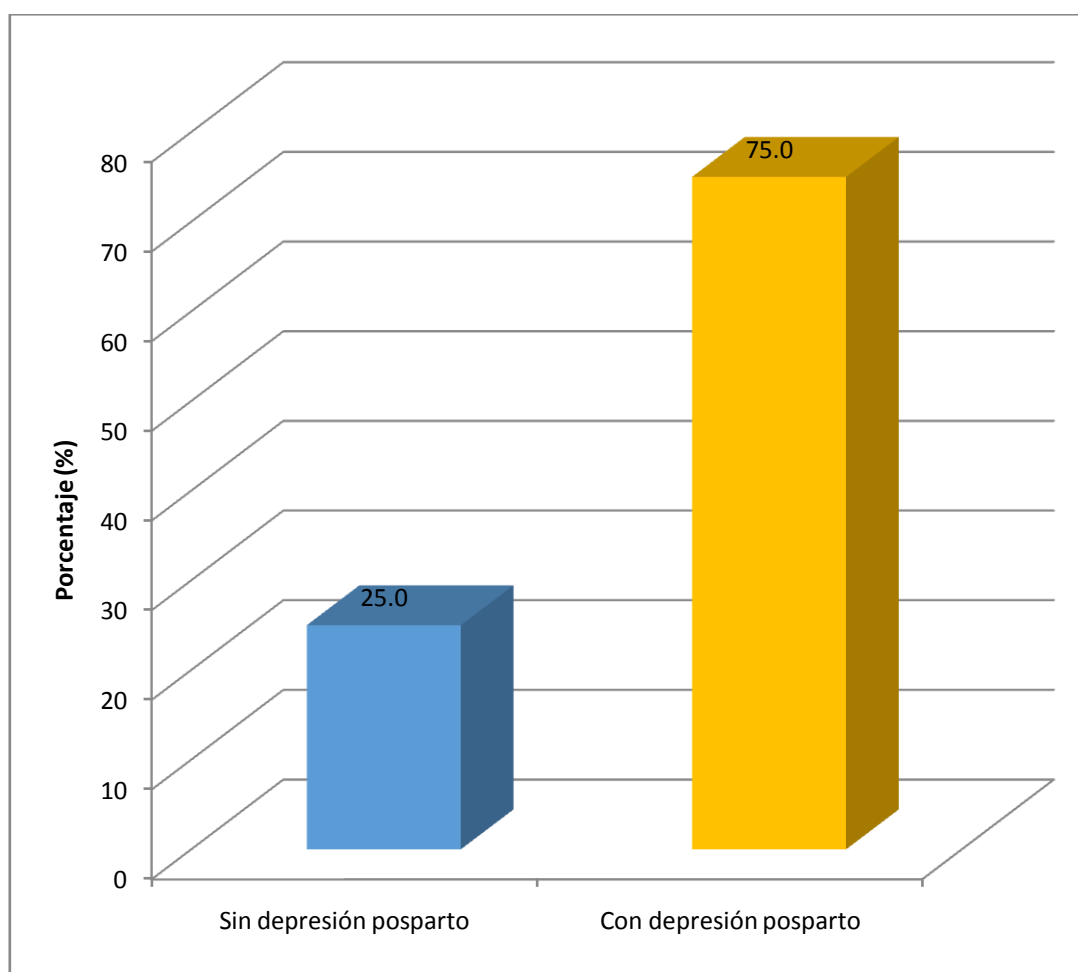
<b>NIVEL DE DEPRESIÓN</b>	<b>N°.</b>	<b>%</b>
Sin depresión posparto	15	25.0
Con depresión posparto	45	75.0
<b>TOTAL</b>	<b>60</b>	<b>100</b>

**FUENTE: Elaboración Propia**

La tabla N°5 muestra que el 75.0% de las puérperas sin contacto precoz piel a piel presentaron depresión posparto, mientras que el 25.0% de ellas no han presentado depresión posparto.

### GRÁFICO N°5

NIVEL DE DEPRESIÓN EN LAS PUÉRPERAS SIN CONTACTO PRECOZ PIEL A PIEL MADRE-HIJO ATENDIDAS EN EL HOSPITAL GOYENECHÉ



FUENTE: Elaboración Propia

**TABLA N° 6**

**NIVEL DE DEPRESIÓN EN LAS PUÉRPERAS CON CONTACTO PRECOZ PIEL A PIEL MADRE-HIJO ATENDIDAS EN EL HOSPITAL GOYENECHÉ**

<b>NIVEL DE DEPRESIÓN</b>	<b>N°.</b>	<b>%</b>
Sin depresión posparto	41	68.3
Con depresión posparto	19	31.7
<b>TOTAL</b>	<b>60</b>	<b>100</b>

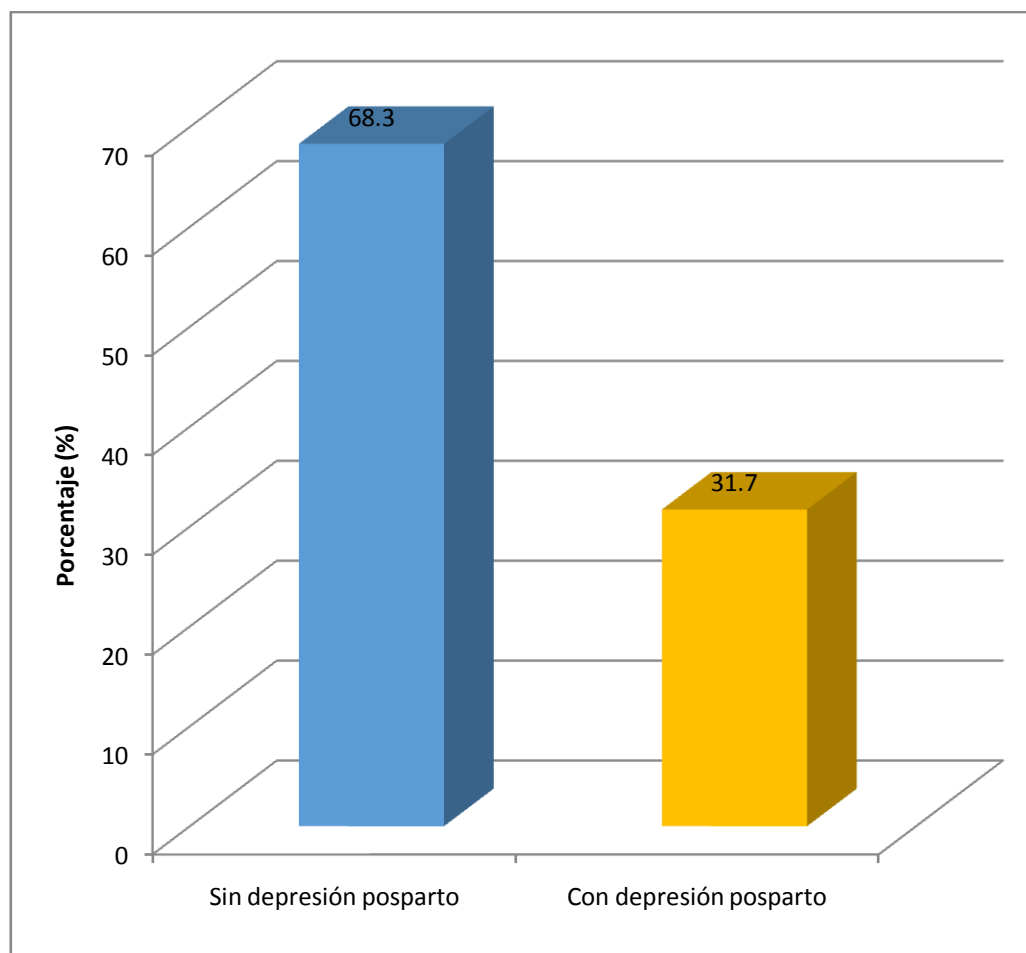
**FUENTE: Elaboración Propia**

La tabla N°6 muestra que el 68.3% de las puérperas con contacto precoz piel a piel no han presentado depresión posparto, mientras que el 31.7% de ellas si han presentado depresión posparto.



### GRÁFICO N°6

NIVEL DE DEPRESIÓN EN LAS PUÉRPERAS CON CONTACTO PRECOZ PIEL A PIEL MADRE-HIJO ATENDIDAS EN EL HOSPITAL GOYENECHÉ



FUENTE: Elaboración Propia

**TABLA N° 7**

COMPARACIÓN DEL NIVEL DE DEPRESIÓN EN LAS PUÉRPERAS CON Y SIN CONTACTO PRECOZ PIEL A PIEL MADRE-HIJO ATENDIDAS EN EL HOSPITAL GOYENECHÉ

NIVEL DE DEPRESIÓN	SIN CONTACTO		CON CONTACTO	
	N°.	%	N°.	%
Sin depresión posparto	15	25.0	41	68.3
Con depresión posparto	45	75.0	19	31.7
<b>TOTAL</b>	60	100	60	100
		$X^2=22.63$	$P<0.05$	

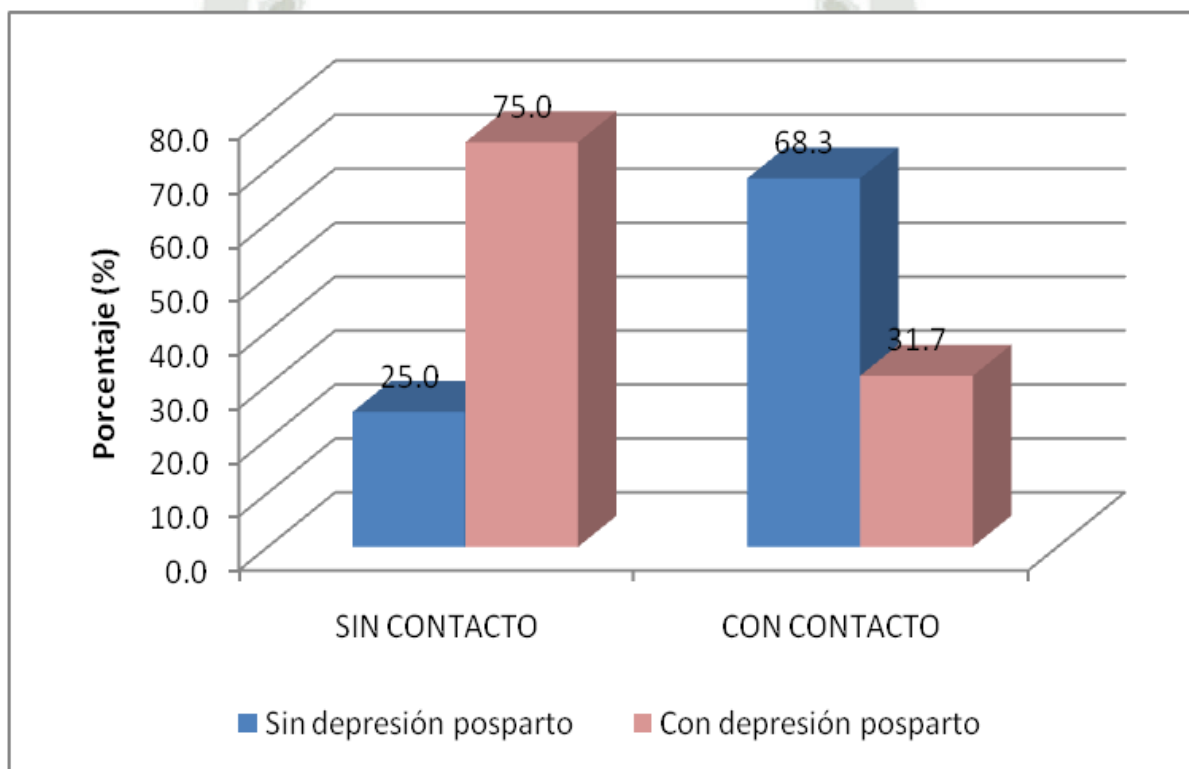
**FUENTE: Elaboración Propia**

La tabla N°. 7, según la prueba de chi cuadrado ( $X^2=22.63$ ) se muestra que el nivel de depresión en la puérperas con y sin contacto piel a piel madre-hijo presentó diferencias estadísticas significativas ( $P<0.05$ ).

Asimismo se muestra que el 75.0% de las puérperas sin contacto precoz piel a piel presentaron depresión frente al 31.7% de las puérperas que tuvieron contacto precoz.

### GRÁFICO N°7

COMPARACIÓN DEL NIVEL DE DEPRESIÓN EN LAS PUÉRPERAS CON Y SIN CONTACTO PRECOZ PIEL A PIEL MADRE-HIJO ATENDIDAS EN EL HOSPITAL GOYENECHÉ



FUENTE: Elaboración Propia



**TABLA N°8**

COMPARACIÓN DEL NIVEL DE DEPRESIÓN EN LAS PUÉRPERAS  
ADOLESCENTES CON Y SIN CONTACTO PRECOZ PIEL A PIEL MADRE-HIJO  
ATENDIDAS EN EL HOSPITAL GOYENECHÉ

NIVEL DE DEPRESIÓN	SIN CONTACTO		CON CONTACTO	
	N°	%	N°	%
Sin depresión posparto	0	0.0	1	33.3
Con depresión posparto	5	100	2	66.7
<b>TOTAL</b>	5	100	3	100

$X^2=1.91$

$P>0.05$

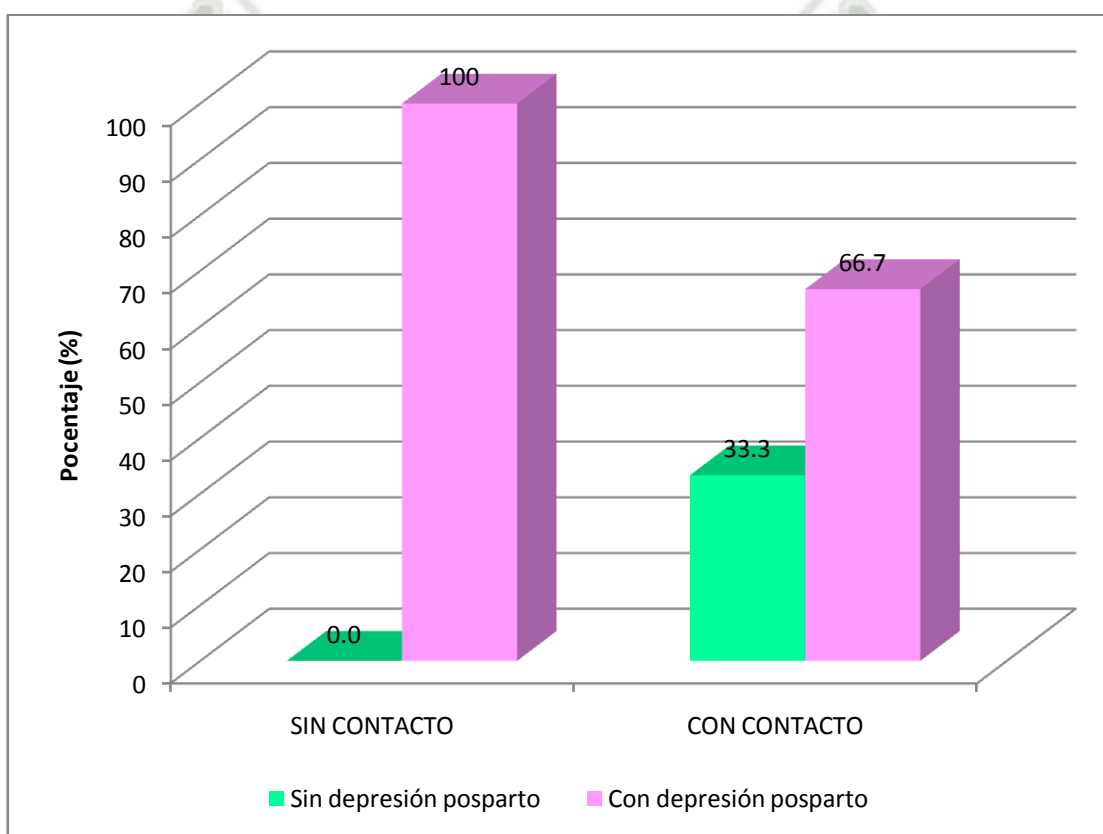
**FUENTE: Elaboración Propia**

La tabla N°8, según la prueba de chi cuadrado ( $X^2=1.91$ ) se muestra que el nivel de depresión en las puérperas adolescentes con y sin contacto precoz piel a piel madre-hijo no presentó diferencias estadísticas significativas ( $P>0.05$ ).

Asimismo se evidencia que todas las adolescentes (100%) sin contacto precoz piel a piel madre-hijo presentaron depresión frente al 66.7% de las adolescentes que tuvieron contacto precoz.

### GRÁFICO N°8

COMPARACIÓN DEL NIVEL DE DEPRESIÓN EN LAS PUÉRPERAS  
ADOLESCENTES CON Y SIN CONTACTO PRECOZ PIEL A PIEL MADRE-HIJO  
ATENDIDAS EN EL HOSPITAL GOYENECHÉ



FUENTE: Elaboración Propia

**TABLA N°9**

COMPARACIÓN DEL NIVEL DE DEPRESIÓN EN LAS PUÉRPERAS JÓVENES CON  
Y SIN CONTACTO PRECOZ PIEL A PIEL MADRE-HIJO ATENDIDAS EN EL  
HOSPITAL GOYENECHÉ

NIVEL DE DEPRESIÓN	SIN CONTACTO		CON CONTACTO	
	N°	%	N°	%
Sin depresión posparto	3	15.0	19	65.5
Con depresión posparto	17	85.0	10	34.5
<b>TOTAL</b>	20	100	29	100
		$X^2=12.21$	$P<0.05$	

**FUENTE: Elaboración Propia**

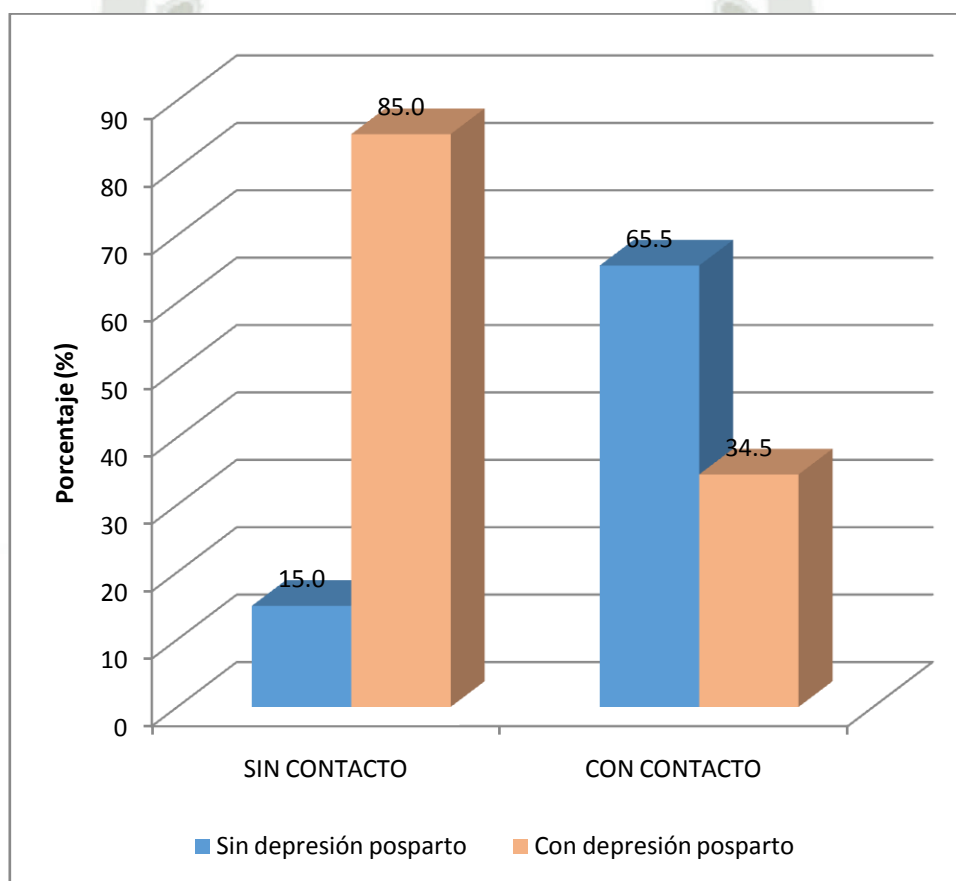
La tabla N°9, según la prueba de chi cuadrado ( $X^2=12.21$ ) se muestra que el nivel de depresión en las puérperas jóvenes con y sin contacto precoz piel a piel madre-hijo presentó diferencias estadísticas significativas ( $P<0.05$ ).

Asimismo se evidencia que el 85.0% de las puérperas jóvenes sin contacto precoz piel a piel madre-hijo presentaron depresión frente al 34.5% de las jóvenes que tuvieron contacto precoz.



### GRÁFICO N°9

COMPARACIÓN DEL NIVEL DE DEPRESIÓN EN LAS PUÉRPERAS JÓVENES CON  
Y SIN CONTACTO PRECOZ PIEL A PIEL MADRE-HIJO ATENDIDAS EN EL  
HOSPITAL GOYENECHÉ



FUENTE: Elaboración Propia

**TABLA N°10**

COMPARACIÓN DEL NIVEL DE DEPRESIÓN EN LAS PUÉRPERAS ADULTAS  
CON Y SIN CONTACTO PRECOZ PIEL A PIEL MADRE-HIJO ATENDIDAS EN EL  
HOSPITAL GOYENECHÉ

NIVEL DE DEPRESIÓN	SIN CONTACTO		CON CONTACTO	
	N°	%	N°	%
Sin depresión posparto	12	34.3	21	75.0
Con depresión posparto	23	65.7	7	25.0
<b>TOTAL</b>	35	100	28	100

$$X^2=10.34$$

$$P>0.05$$

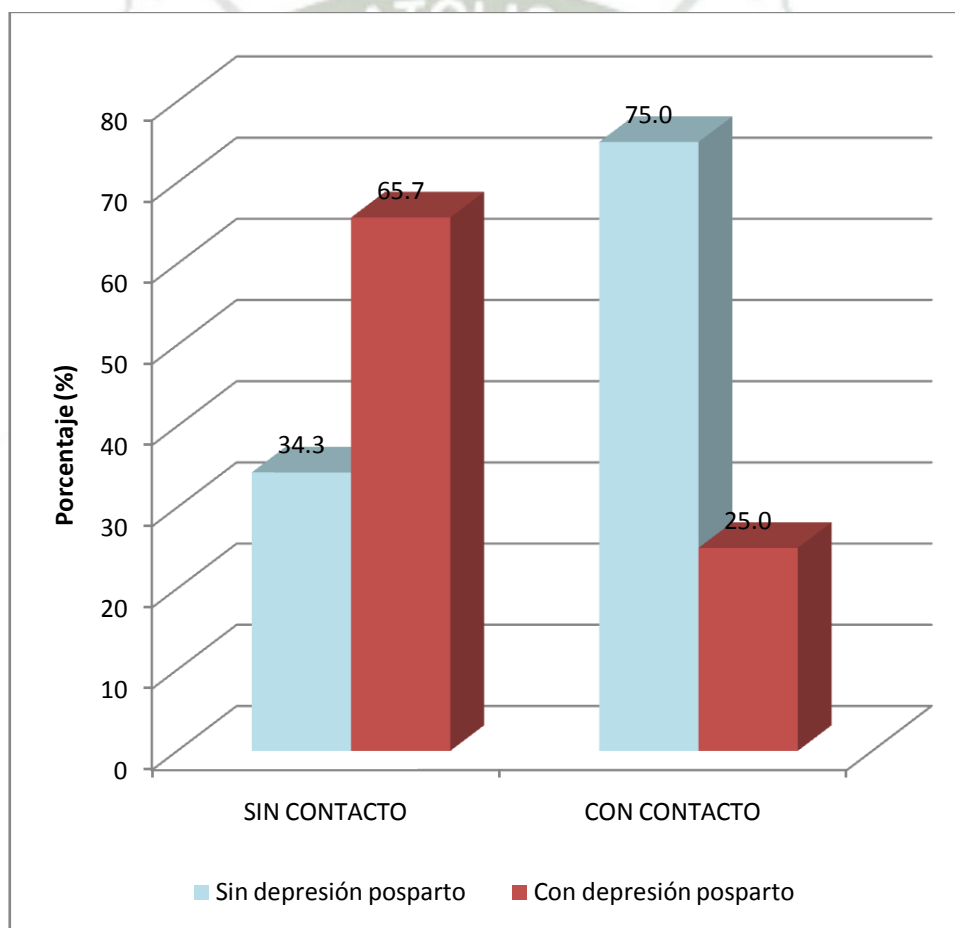
**FUENTE: Elaboración Propia**

La tabla N°10, según la prueba de chi cuadrado ( $X^2=10.34$ ) se muestra que el nivel de depresión en las puérperas adultas con y sin contacto precoz piel a piel madre-hijo no presentó diferencias estadísticas significativas ( $P>0.05$ ).

Asimismo se evidencia que el 65.7% de las puérperas adultas sin contacto precoz presentaron depresión frente al 25.0% de las adultas con contacto precoz piel a piel madre-hijo.

### GRÁFICO N°10

COMPARACIÓN DEL NIVEL DE DEPRESIÓN EN LAS PUÉRPERAS ADULTAS  
CON Y SIN CONTACTO PRECOZ PIEL A PIEL MADRE-HIJO ATENDIDAS EN EL  
HOSPITAL GOYENECHÉ



**FUENTE: Elaboración Propia**



**TABLA N°11**

COMPARACIÓN DEL NIVEL DE DEPRESIÓN EN PUÉRPERAS CON PRIMARIA  
COMPLETA, CON Y SIN CONTACTO PRECOZ PIEL A PIEL MADRE-HIJO  
ATENDIDAS EN EL HOSPITAL GOYENECHÉ

NIVEL DE DEPRESIÓN	SIN CONTACTO		CON CONTACTO	
	N°	%	N°	%
Sin depresión posparto	0	0.0	0	0.0
Con depresión posparto	5	100	0	0.0
<b>TOTAL</b>	5	100	0	0.0

$X^2=10.48$

$P>0.05$

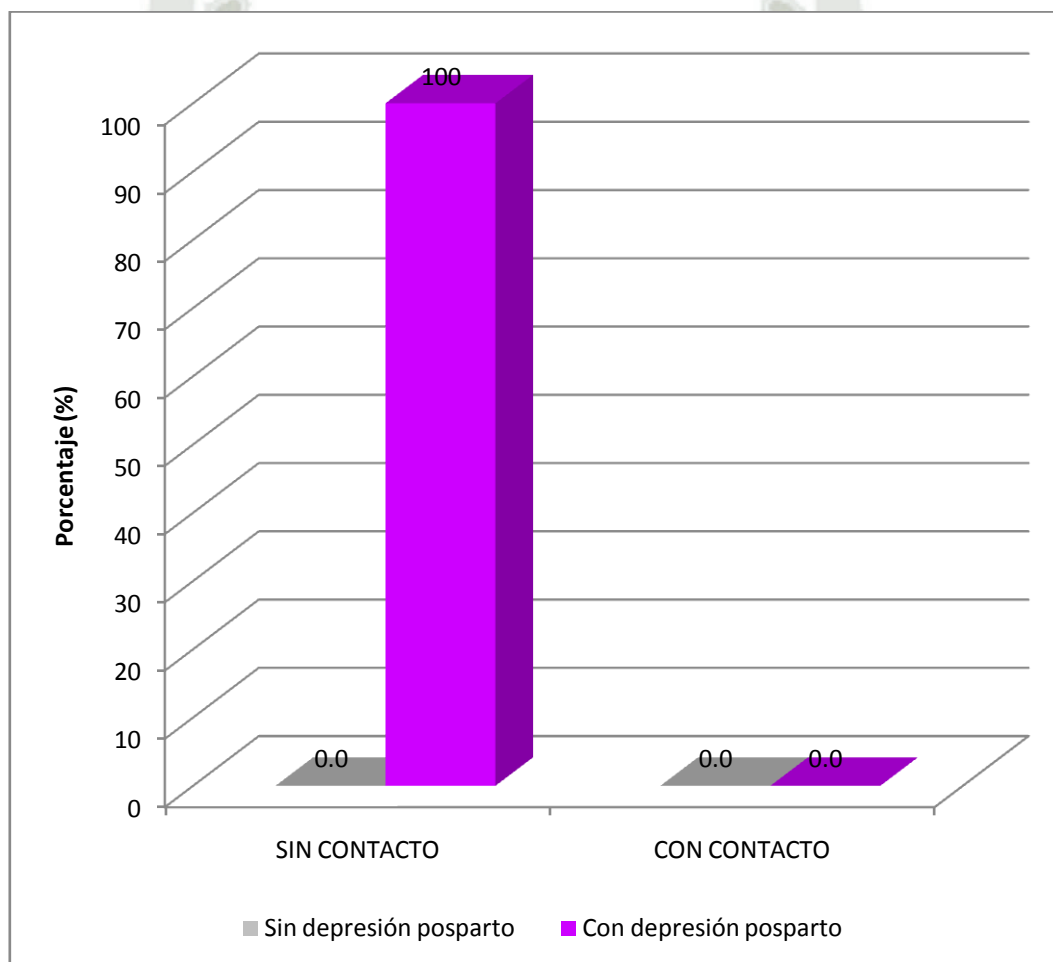
**FUENTE: Elaboración Propia**

La tabla N°11, según la prueba de chi cuadrado ( $X^2=10.48$ ) se muestra que el nivel de depresión en puérperas con primaria completa con y sin contacto precoz piel a piel madre-hijo no presentó diferencias estadísticas significativas ( $P>0.05$ ).

Asimismo, evidencia que el 100% de las puérperas con grado de instrucción: primaria completa sin contacto precoz piel a piel madre-hijo presentaron depresión posparto.

### GRÁFICO N°11

COMPARACIÓN DEL NIVEL DE DEPRESIÓN EN PUÉRPERAS CON PRIMARIA  
COMPLETA CON Y SIN CONTACTO PRECOZ PIEL A PIEL MADRE-HIJO  
ATENDIDAS EN EL HOSPITAL GOYENECHÉ



**FUENTE: Elaboración Propia**

**TABLA N°12**

COMPARACIÓN DEL NIVEL DE DEPRESIÓN EN PUÉRPERAS CON SECUNDARIA COMPLETA, CON Y SIN CONTACTO PRECOZ PIEL A PIEL MADRE-HIJO ATENDIDAS EN EL HOSPITAL GOYENECHÉ

NIVEL DE DEPRESIÓN	SIN CONTACTO		CON CONTACTO	
	N°	%	N°	%
Sin depresión posparto	4	14.8	21	60.0
Con depresión posparto	23	85.2	14	40.0
<b>TOTAL</b>	27	100	35	100

$X^2=12.93$

$P<0.05$

**FUENTE: Elaboración Propia**

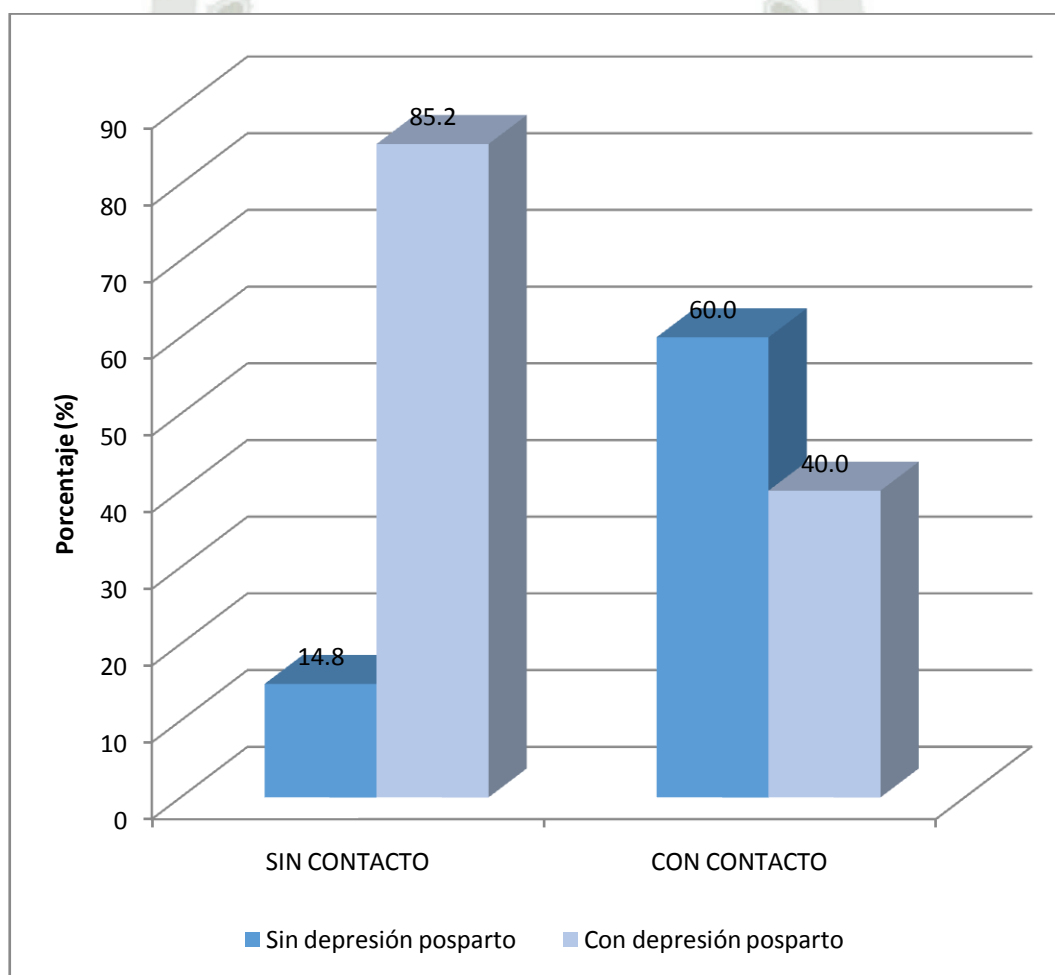
La tabla N°12, según la prueba de chi cuadrado ( $X^2=12.93$ ) se muestra que el nivel de depresión en puérperas con grado de instrucción: secundaria completa con y sin contacto precoz piel a piel madre-hijo presentó diferencias estadísticas significativas ( $P<0.05$ ).

Asimismo se evidencia que el 85.2% de las puérperas sin contacto precoz piel a piel madre-hijo presentaron depresión frente al 40.0% de las puérperas con grado de instrucción: secundaria completa, que tuvieron contacto precoz.



### GRÁFICO N°12

COMPARACIÓN DEL NIVEL DE DEPRESIÓN EN PUÉRPERAS CON SECUNDARIA  
COMPLETA CON Y SIN CONTACTO PRECOZ PIEL A PIEL MADRE-HIJO  
ATENDIDAS EN EL HOSPITAL GOYENECHÉ



FUENTE: Elaboración Propia

**TABLA N°13**

COMPARACIÓN DEL NIVEL DE DEPRESIÓN EN PUÉRPERAS CON SECUNDARIA INCOMPLETA, CON Y SIN CONTACTO PRECOZ PIEL A PIEL MADRE-HIJO ATENDIDAS EN EL HOSPITAL GOYENECHÉ

NIVEL DE DEPRESIÓN	SIN CONTACTO		CON CONTACTO	
	N°	%	N°	%
Sin depresión posparto	2	14.3	3	42.9
Con depresión posparto	12	85.7	4	57.1
<b>TOTAL</b>	14	100	7	100

$$X^2=14.26$$

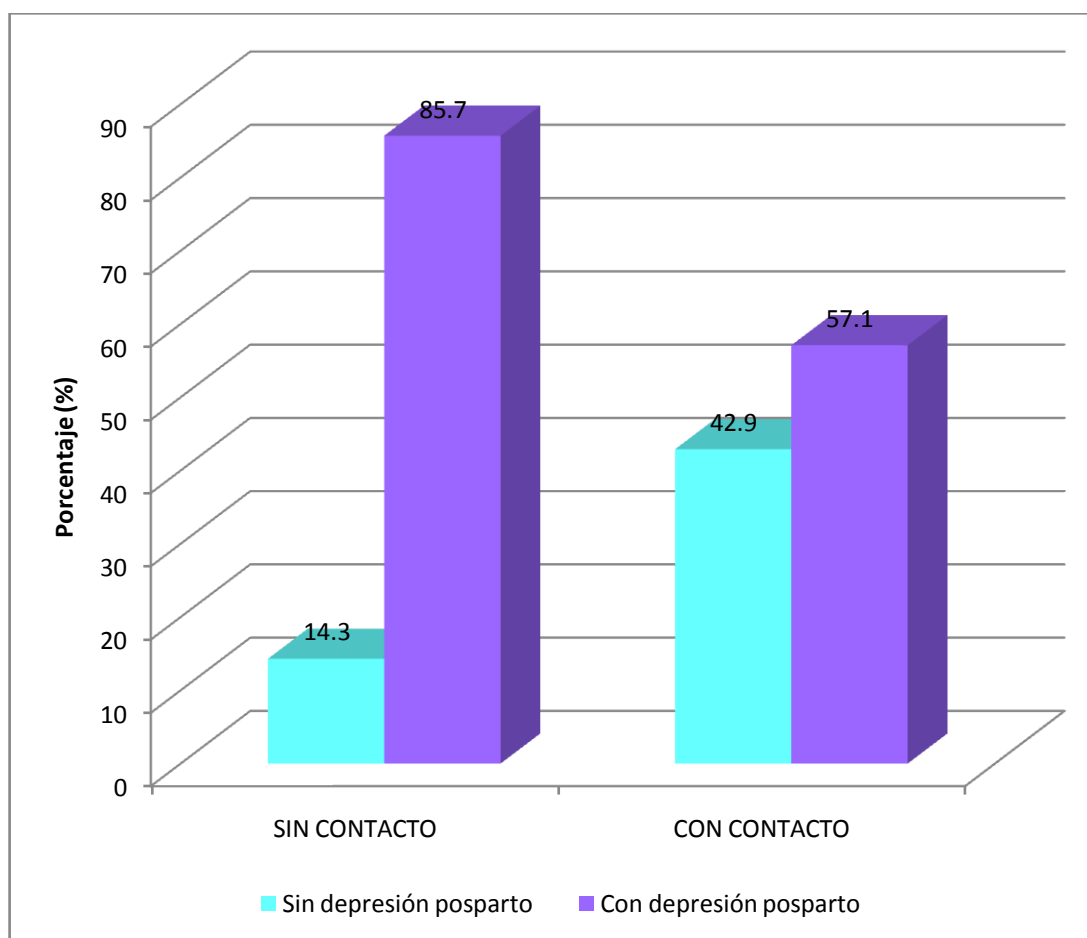
$$P>0.05$$

**FUENTE: Elaboración Propia**

La tabla N°13, según la prueba de chi cuadrado ( $X^2=14.26$ ) se muestra que el nivel de depresión en puérperas con grado de instrucción: secundaria incompleta con y sin contacto precoz piel a piel madre-hijo no presentó diferencias estadísticas significativas ( $P>0.05$ ). Asimismo evidencia que el 85.7% de las puérperas con grado de instrucción: secundaria incompleta sin contacto precoz piel a piel madre-hijo presentaron depresión frente al 57.1% de las puérperas que tuvieron contacto precoz piel a piel.

### GRÁFICO N°13

COMPARACIÓN DEL NIVEL DE DEPRESIÓN EN PUÉRPERAS CON SECUNDARIA INCOMPLETA CON Y SIN CONTACTO PRECOZ PIEL A PIEL MADRE-HIJO ATENDIDAS EN EL HOSPITAL GOYENECHÉ



FUENTE: Elaboración Propia

**TABLA N°14**

COMPARACIÓN DEL NIVEL DE DEPRESIÓN EN PUÉRPERAS CON INSTRUCCIÓN TÉCNICA, CON Y SIN CONTACTO PRECOZ PIEL A PIEL MADRE-HIJO ATENDIDAS EN EL HOSPITAL GOYENECHÉ

NIVEL DE DEPRESIÓN	SIN CONTACTO		CON CONTACTO	
	N°	%	N°	%
Sin depresión posparto	6	54.5	9	90.0
Con depresión posparto	5	45.5	1	10.0
<b>TOTAL</b>	11	100	10	100

$$X^2=16.71$$

$$P>0.05$$

**FUENTE: Elaboración Propia**

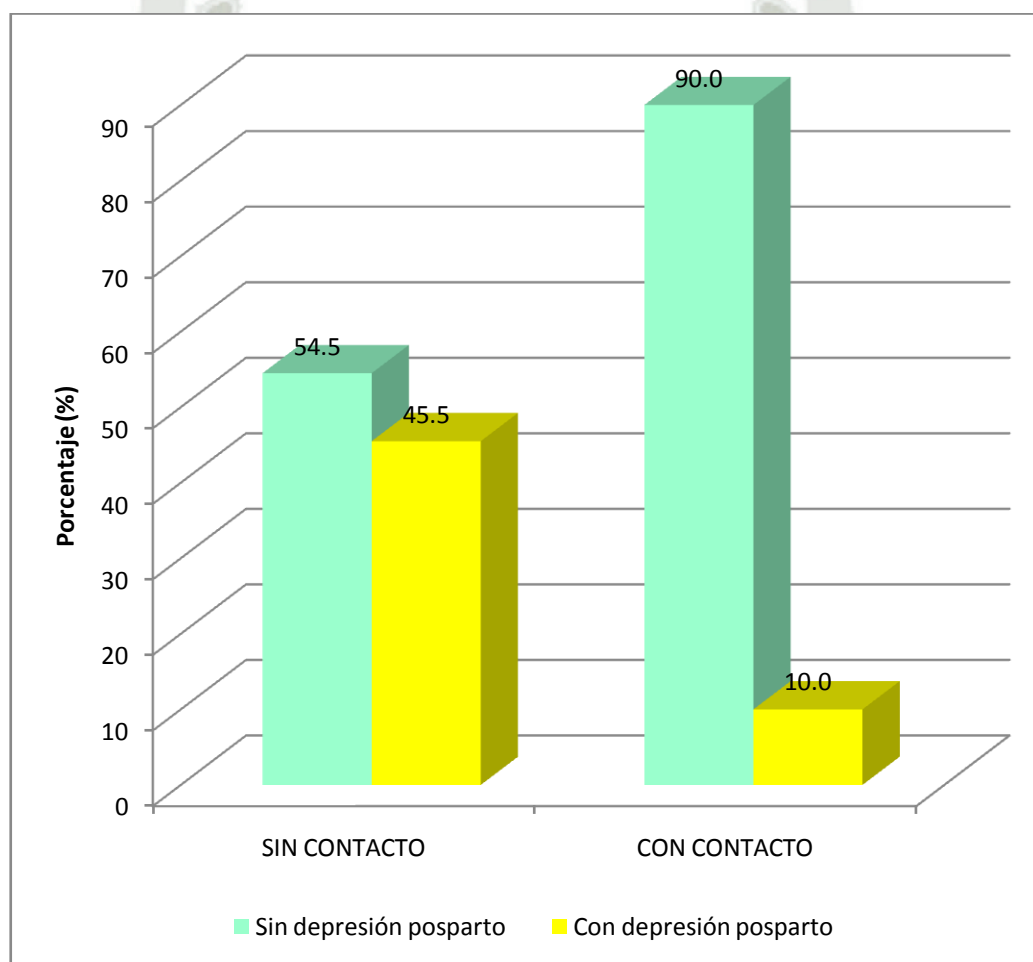
La tabla N°14, según la prueba de chi cuadrado ( $X^2=16.71$ ) se muestra que el nivel de depresión en puérperas con instrucción técnica con y sin contacto precoz piel a piel madre-hijo no presentó diferencias estadísticas significativas ( $P>0.05$ ).

Asimismo evidencia que el 45.5% de las puérperas con instrucción técnica sin contacto precoz piel a piel madre-hijo presentaron depresión frente al 10.0% de las puérperas que tuvieron contacto precoz piel a piel.



### GRÁFICO N°14

COMPARACIÓN DEL NIVEL DE DEPRESIÓN EN PUÉRPERAS CON INSTRUCCIÓN TÉCNICA, CON Y SIN CONTACTO PRECOZO PIEL A PIEL MADRE-HIJO ATENDIDAS EN EL HOSPITAL GOYENECHÉ



FUENTE: Elaboración Propia

**TABLA N°15**

COMPARACIÓN DEL NIVEL DE DEPRESIÓN EN PUÉRPERAS CON INSTRUCCIÓN UNIVERSITARIA, CON Y SIN CONTACTO PRECOZ PIEL A PIEL MADRE-HIJO ATENDIDAS EN EL HOSPITAL GOYENECHÉ

NIVEL DE DEPRESIÓN	SIN CONTACTO		CON CONTACTO	
	N°	%	N°	%
Sin depresión posparto	3	100	8	100
Con depresión posparto	0	0.0	0	0.0
<b>TOTAL</b>	3	100	8	100

$$X^2=11.32$$

$$P>0.05$$

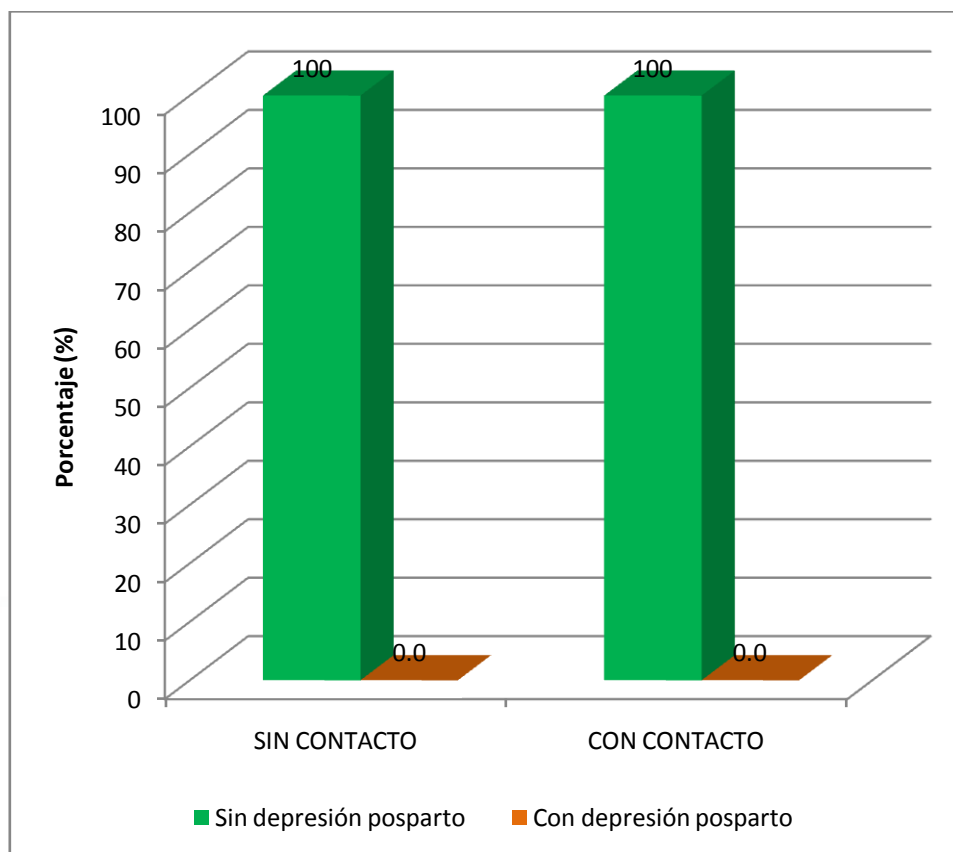
**FUENTE: Elaboración Propia**

La tabla N°15, según la prueba de chi cuadrado ( $X^2=11.32$ ) se muestra que el nivel de depresión en puérperas con instrucción universitaria con y sin contacto precoz piel a piel madre-hijo no presentó diferencias estadísticas significativas ( $P>0.05$ ).

Asimismo evidencia que el 100% de las puérperas con grado de instrucción universitaria con y sin contacto precoz piel a piel madre-hijo no presentaron depresión posparto.

### GRÁFICO N°15

COMPARACIÓN DEL NIVEL DE DEPRESIÓN EN PUÉRPERAS CON INSTRUCCIÓN UNIVERSITARIA, CON Y SIN CONTACTO PRECOZ PIEL A PIEL MADRE-HIJO ATENDIDAS EN EL HOSPITAL GOYENECHÉ



FUENTE: Elaboración Propia

## DISCUSIÓN

Hoy en día uno de los desórdenes mentales que presentan un problema de Salud pública en Obstetricia es la Depresión posparto, nuestro estudio tuvo el principal objetivo de determinar el nivel de depresión en puérperas con y sin contacto precoz piel a piel madre – hijo.

Para la realización del presente estudio se entrevistó a un total de 120 puérperas atendidas en el Hospital Goyeneche durante los meses de enero y febrero del presente año.

El contacto precoz piel a piel provee beneficios tanto a la madre como al recién nacido. Rivera, G y col (2007) concluyen que éste disminuye los niveles de ansiedad y depresión materna a las 48 horas postparto, mejora la conducta adaptativa neonatal hacia la lactancia materna inmediata e incrementa los niveles de satisfacción materna sobre la percepción del parto. Respecto al nivel de depresión posparto, en nuestro estudio se describe que el 75.0% de las mujeres puérperas sin contacto precoz piel a piel madre – hijo presentaron depresión posparto frente al 68.3% de las puérperas que sí tuvieron contacto piel a piel madre – hijo y no presentaron depresión posparto, por lo cual, muchas de ellas informaron tener mejor satisfacción sobre el parto y el alojamiento conjunto. Si dividimos estos resultados por esferas encontraremos similitud con lo encontrado por los estudios internacionales. (17)

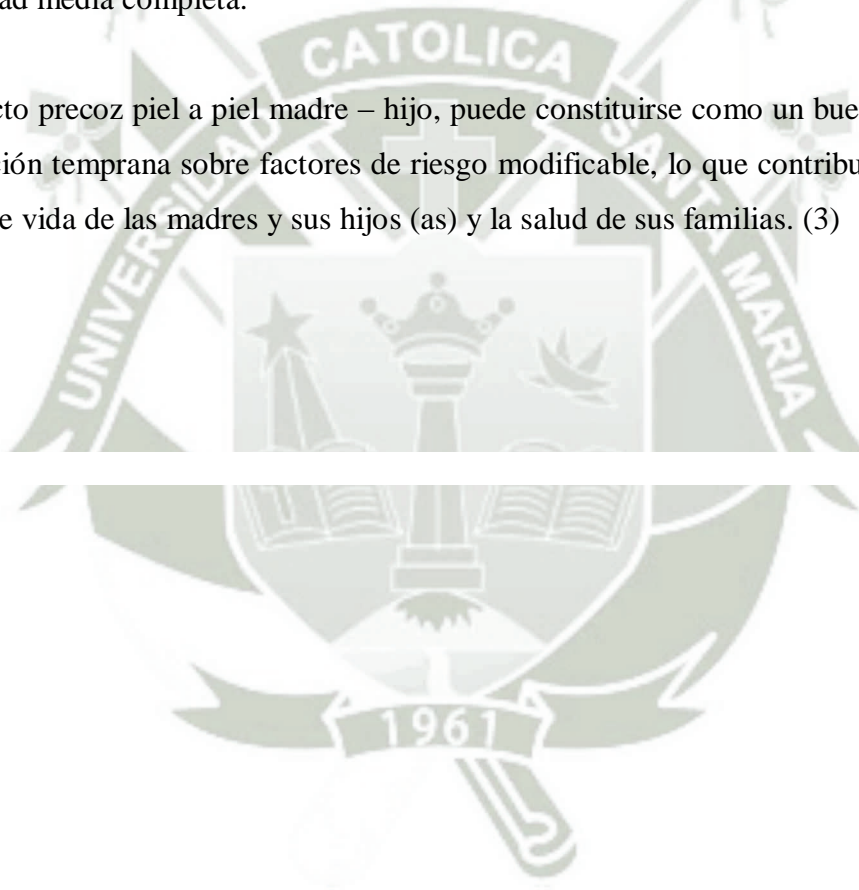
Diferentes autores han descrito niveles de ansiedad y depresión materna en la etapa puerperal, ya sea a corto o a largo plazo. Muchas madres presentan llanto, desánimo y sentimientos de incapacidad o inhabilidad para enfrentar la situación, principalmente en lo que concierne a los cuidados del recién nacido. Casi siempre éste estado viene acompañado de síntomas de ansiedad. Sin embargo, es difícil determinar la prevalencia de estos estados, ya que los diversos estudios publicados difieren en metodología y poblaciones analizadas. O'Hara MW y col. (1996) estiman que del total de mujeres que dan a luz, del 10% al 20% son afectadas por depresión. La depresión conlleva un importante sufrimiento personal y familiar, y afecta directamente el desarrollo emocional del lactante. Sin embargo, a menudo este trastorno no es diagnosticado, por lo que en muchos casos la evolución puede ser tórpida o incluso tendiente a la cronicidad. (13)



Se puede observar en nuestro estudio de investigación que la mayoría de puérperas son adultas (52.5%), en donde el resultado no es similar a lo encontrado por Dois A. y Col (2013) donde la edad promedio es de 24 años.

Respecto al grado de instrucción de las puérperas, se evidenció que el 85.2% de ellas sin contacto precoz piel a piel madre – hijo presentaron depresión posparto frente a un 40% de las puérperas en donde su grado de instrucción fue que terminaron la secundaria y que si tuvieron contacto precoz piel a piel madre – hijo, lo que se asemeja a nuestros antecedentes investigativos, donde DoisA. y Col (2013) refieren que el 53% de las puérperas son de escolaridad media completa.

El contacto precoz piel a piel madre – hijo, puede constituirse como un buena estrategia de intervención temprana sobre factores de riesgo modificable, lo que contribuye a mejorar la calidad de vida de las madres y sus hijos (as) y la salud de sus familias. (3)



## CONCLUSIONES

### PRIMERA:

- El 31.7% de las mujeres puérperas con contacto precoz piel a piel madre-hijo presentaron depresión posparto por diversas causas; muchas de ellas madres adolescentes, multíparas y de procedencia de departamentos de pobreza.

### SEGUNDA:

- El 75.0% de las mujeres puérperas sin contacto precoz piel a piel madre-hijo presentaron depresión posparto.

### TERCERA:

- En cuanto al nivel de depresión en las mujeres con y sin contacto precoz piel a piel madre – hijo se encontró:

Que las puérperas con y sin contacto precoz piel a piel madre – hijo presentaron un nivel de depresión diferente, así mismo el 31.7% de las puérperas con contacto precoz piel a piel madre – hijo presentaron depresión posparto, frente a la depresión en puérperas sin contacto precoz piel a piel madre – hijo con un 75.0%

## RECOMENDACIONES

- Enfatizar el contacto precoz piel a piel madre-hijo, realizado por el equipo de profesionales de salud tanto en partos eutócicos como distócicos, viendo por los resultados que éste repercute en el bienestar bio-psico-social de la puérpera y neonato.
- Evitar la aglomeración en el alojamiento conjunto de las madres puérperas, para lograr un ambiente cálido de bienestar para ellas y sus hijos.
- Mejorar la atención en la salud mental durante el embarazo, orientando a la mujer gestante en la consulta prenatal sobre la depresión, ya que es una enfermedad frecuente, se encuentra en todos los estratos sociales y no discrimina ni sexo, raza, edad o condición económica. Se les debería explicar la importancia de llevar una vida tranquila y sosegada en ese periodo, se pueden proponer actividades relajantes y gratificantes para ellas, para así mejorar su estado de ánimo, aspecto que también hemos visto que influye de forma significativa.
- Aplicar una ficha que valore el nivel de depresión de nuestras pacientes en el consultorio prenatal, no sólo en el puerperio. En definitiva, no solo tener en cuenta los aspectos físicos como la alimentación y vida sana de la madre, sino también los aspectos psicológicos; es decir un bienestar general del organismo y la posibilidad de afrontar las distintas etapas y vivencias del embarazo con la mayor normalidad y tranquilidad posible con el apoyo de la pareja y familia.



## BIBLIOGRAFÍA

- 1) Rengel C, Labajos MT. Efecto del contacto piel a piel con padres de RN por cesárea sobre la lactancia materna y nuevos roles. *CiberIndex (España)* 2011; 94: 8-15
- 2) Johnstone SJ, Boyce PM, Hickey AR, Morris-Yates AD, Harris MG. Obstetric risk factors for postnatal depression in urban and rural community samples. *Aust NZJ Psychiatry* 2001;35:69-74.

## HEMEROGRAFÍA

- 3) Dois A. y Col. Efecto del contacto piel con piel sobre la presencia de síntomas depresivos post parto en mujeres de bajo riesgo obstétrico. *Scielo (Chile)*. 2013
- 4) Validación de la Escala de Edimburgo para Embarazadas [tesis]. Chile: Universidad de Chile. Facultad de Medicina, Escuela de Salud Pública; 2012
- 5) Alvarado R, Rojas M, Monardes J, Perucca E, Neves E, Olea E, et al. Cuadros depresivos en el postparto en una cohorte de embarazadas: construcción de un modelo causal. *Rev. ChilNeuro-Psiquiatr* 2000;38:84-93.
- 6) Aguilar E y Medina C, Prevalencia y Factores que influyen en la depresión posparto, en primíparas y multíparas atendidas en el Hospital Regional Honorio Delgado, Arequipa [tesis]. Universidad Católica de Santa María. Facultad De Obstetricia y Puericultura; 2013
- 7) Garcia M, Transtorno del estado de ánimo en el puerperio: Factores Psicosociales predisponentes [tesis]. Madrid: Universidad Complutense de Madrid. Facultad de Medicina. Departamento de Ginecología y Obstetricia; 2010



- 8) Zelaya CR, La Depresión Post-parto desde la Pulsión de Muerte [tesis]. Lima: Pontificia Universidad Católica del Perú; 2003
- 9) Garate R, Características materna influyen en la depresión posparto en las madres atendidas en el Hospital Nacional Carlos Alberto Segúin Escobedo. Arequipa [tesis]. Universidad Católica de Santa María. Facultad De Obstetricia y Puericultura; 2009
- 10) Mutryn, C.S. Psychosocial impact of cesarean section on the family. Social Science and Medicine. 1993. 37(10):1271-1281.
- 11) Prevalencia y Asociación entre la Cesárea no Programada y la Depresión Postparto en Postcesareadas Adolescentes en el Instituto Nacional Materno Perinatal [tesis]. Lima: Universidad Mayor de San Marcos. Facultad de Medicina Humana, Escuela Profesional de Obstetricia; 2011
- 12) Otal Silvia y otros. El contacto precoz y su importancia en la lactancia materna frente a la cesárea. Rev Matronas (España). 2012; 13(1): 3-8.
- 13) O'Hara MW y col. El contacto piel con piel de la madre con el recién nacido durante el parto. Rev, Scielo (España). 1996
- 14) Vasquez E, Sangama R, Relación entre Características Sociodemográficas y Riesgo de Depresión Posparto en Puérperas [tesis]. Perú: Universidad Nacional de San Martín. Facultad de Ciencias de la Salud Escuela Académico Profesional de Enfermería; 2012.
- 15) Rengel DC, Efecto del contacto piel con piel de recién nacidos por cesárea sobre la lactancia materna [tesis]. Málaga: Universidad de Málaga. Facultad De Enfermería, Fisioterapia, Podología Y Terapia Ocupacional; 2012.
- 16) Franco Vasquez, Patricia. Ensayo clínico aleatorizado controlado y abierto para determinar la eficacia de una intervención contacto piel con piel entre los padres y su

recién nacido para reducir la ansiedad, depresión y estrés, Universidad da Coruña, España, 2015.

- 17) Rivera, G y Col. Contacto piel a piel inmediato: efecto sobre el estado de ansiedad y depresión materna posparto y sobre la adaptabilidad neonatal hacia la lactancia materna precoz. Rev. Perú. pediatr. 60 (3) 2007
- 18) Ministerio de Salud. Dirección General de Salud de las Personas. Estrategia Sanitaria Nacional de Salud Sexual y Reproductiva. Guías de práctica clínica para la atención de emergencias obstétricas según nivel de capacidad resolutive: guía técnica. Lima; 2007. p. 127

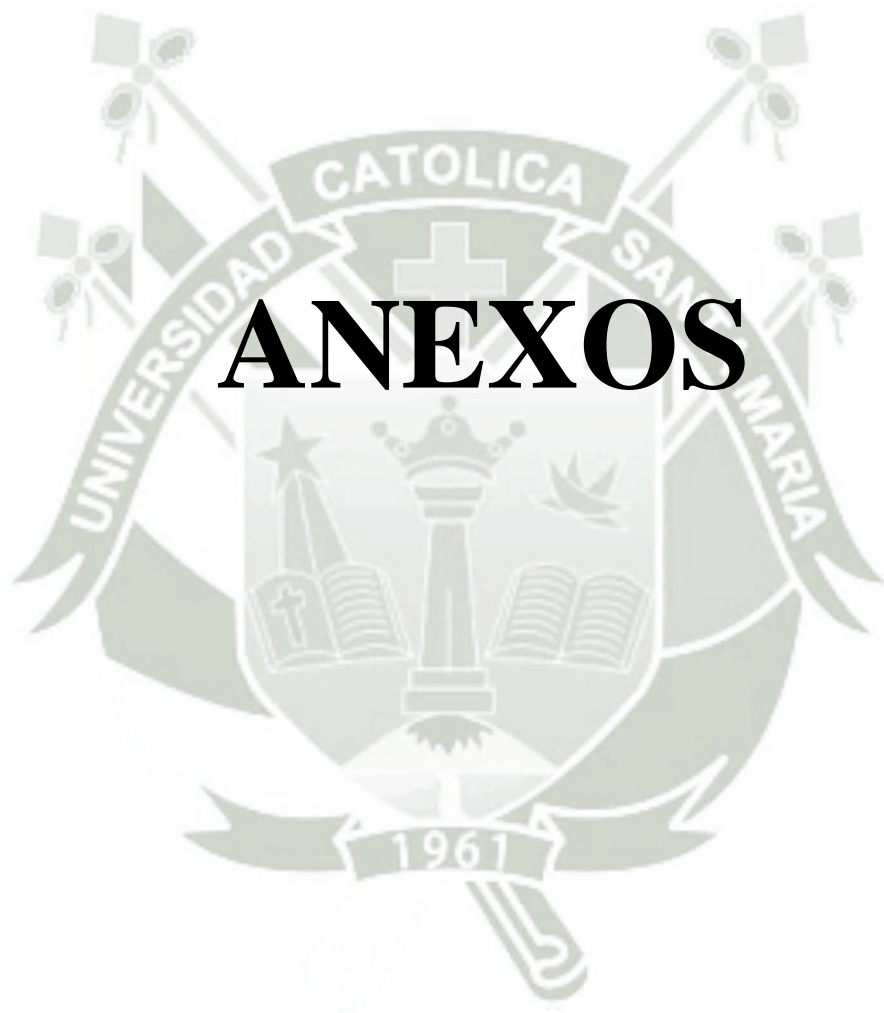
### INFORMATOGRAFÍA

- 19) Escala de Depresión de Post-Parto de Edinburg  
[http://www.state.nj.us/health/fhs/postpartumdepression/pdf/PPD-Edinburgh-Scale\\_sp.pdf](http://www.state.nj.us/health/fhs/postpartumdepression/pdf/PPD-Edinburgh-Scale_sp.pdf)
- 20) Depresión Posparto, recuperado Agosto 1, 2015  
from [http://www.geosalud.com/depresion/depresion\\_postparto.htm](http://www.geosalud.com/depresion/depresion_postparto.htm)
- 21) Organización Mundial de la Salud. Temas de salud: depresión (2015) Agosto 1, 2015,  
from: <http://www.who.int/topics/depression/es/>
- 22) Terapia para curar la depresión posparto (2015) Agosto 1, 2015  
from [http://espanol.pregnancy-info.net/terapia\\_para\\_depresion\\_postparto.html](http://espanol.pregnancy-info.net/terapia_para_depresion_postparto.html)
- 23) El contacto piel a piel con padres y su efecto sobre la lactancia materna. Un ensayo clínico no aleatorizado  
[http://revistacuidandote.eu/fileadmin/VOLUMENES/2013/Volumen5/Articulos/1CONTA\\_CTO\\_PIEL\\_A\\_PIEL.....pdf](http://revistacuidandote.eu/fileadmin/VOLUMENES/2013/Volumen5/Articulos/1CONTA_CTO_PIEL_A_PIEL.....pdf)

- 24) Protocolo De Contacto Piel Con Piel En El Área De Partos(2010) recuperado Agosto 1, 2015,  
<http://www.saludcantabria.es/uploads/pdf/profesionales/PROTOCOLO%20CONTACTO%20PIEL%20CON%20PIEL%20HUMV.pdf>
- 25) Beneficios del contacto piel a piel (2010) recuperado Agosto1, 2015,  
from<http://www.bebesymas.com/parto/beneficios-del-contacto-piel-con-piel>.







# ANEXOS



**ANEXO 1: CONSENTIMIENTO INFORMADO**

**FICHA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO**

**TÍTULO DE INVESTIGACIÓN:**

**“NIVEL DE DEPRESIÓN POSPARTO EN PUÉRPERAS CON Y SIN CONTACTO  
PRECOZ PIEL A PIEL MADRE-HIJO ATENDIDAD EN EL HOSPITAL  
GOYENECHÉ AREQUIPA ENERO – FEBRERO 2016”**

Investigadoras Responsables:

Carla Yovana Flores Silva

Adriana Ursula Pérez Postigo Zegarra

YO, en pleno uso de mis facultades **EXPONGO**:

Que se me ha solicitado participar en el presente trabajo de investigación y que he sido debidamente **INFORMADO (A)** por el responsable, quedando entendido la importancia de mi participación en la encuesta para contribuir al mencionado trabajo de investigación.

1. En mi participación, se asegura la privacidad y la confidencialidad.
2. Cualquier pregunta con respecto a mi participación, deberá ser contestada con la investigadora. Preguntas más específicas serán respondidas por la investigadora responsable del proyecto.
3. Yo podre retractarme de participar de este estudio en cualquier momento sin dar razones.
4. Los resultados de este estudio pueden ser publicados, con propósitos académicos, pero mi nombre o identidad no será revelada.
5. Este consentimiento que esta dado voluntariamente sin que haya sido forzada u obligada

**MANIFIESTO:**

Que habiendo comprendido y estando satisfecha de todas las explicaciones y aclaraciones recibidas sobre el mencionado trabajo de investigación, **OTORGO MI CONSENTIMIENTO.**

---

FIRMA DEL PACIENTE

**ANEXO 2: CUESTIONARIO SOBRE DEPRESIÓN POSTNATAL EDIMBURGO (EPDS)**

Parto eutócico  parto distócico

Dirección: Procedencia: edad:

Grado de instrucción:

Paridad: teléfono:

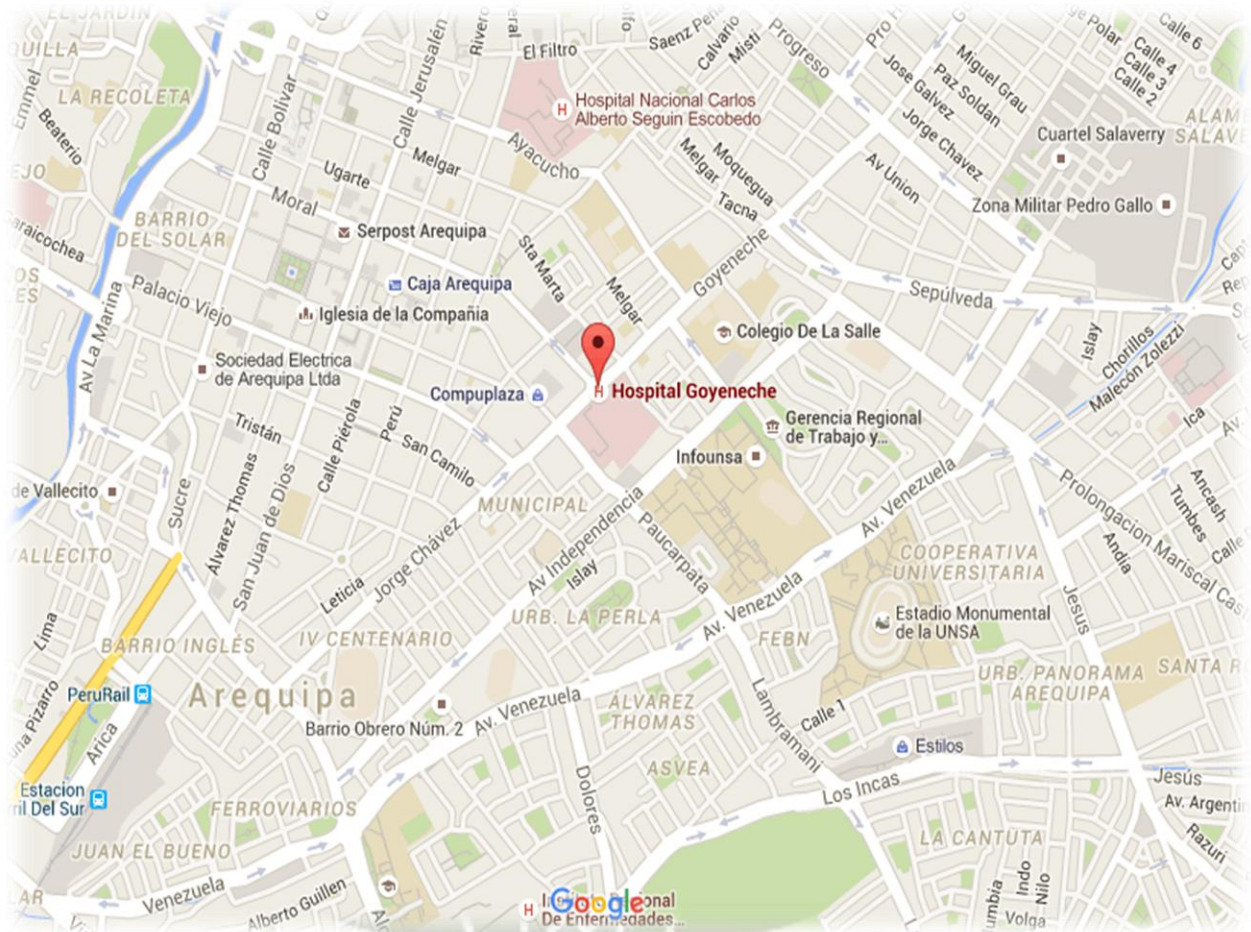
Queremos saber cómo se siente si ha tenido un bebe recientemente. Por favor marque la respuesta que más se acerque a como se ha sentido en LOS ULTIMOS 7 DIAS. No solamente como se sienta hoy. Complete las siguientes preguntas:

1. He sentido capaz de reír y ver el lado bueno de las cosas:
  - 0 \_\_\_ Tanto como siempre
  - 1 \_\_\_ No tanto ahora
  - 2 \_\_\_ Mucho menos
  - 3 \_\_\_ No, no he podido
2. He mirado el futuro con placer:
  - 0 \_\_\_ Tanto como siempre
  - 1 \_\_\_ Algo menos de lo que solía hacer
  - 2 \_\_\_ Definitivamente menos
  - 3 \_\_\_ No, nada
3. Me he culpado sin necesidad cuando las cosas no salían bien:
  - 3 \_\_\_ Si, la mayoría de las veces
  - 2 \_\_\_ Si, algunas veces
  - 1 \_\_\_ No, muy a menudo
  - 0 \_\_\_ No, nunca
4. He estado ansiosa y preocupada sin motivo:
  - 0 \_\_\_ No, para nada
  - 1 \_\_\_ Casi nada
  - 2 \_\_\_ Si, a veces
  - 3 \_\_\_ Si, a menudo
5. He sentido miedo y pánico sin motivo alguno:
  - 3 \_\_\_ Si, bastante
  - 2 \_\_\_ Si, a veces
  - 1 \_\_\_ No, no mucho
  - 0 \_\_\_ No, nada
6. Las cosas me oprimen o agobian:
  - 3 \_\_\_ Si, la mayor parte de las veces
  - 2 \_\_\_ Si, a veces
  - 1 \_\_\_ No, casi nunca
  - 0 \_\_\_ No, nada
7. Me he sentido tan infeliz que he tenido dificultad para dormir:
  - 3 \_\_\_ Si, la mayoría de las veces
  - 2 \_\_\_ Si, a veces
  - 1 \_\_\_ No muy a menudo
  - 0 \_\_\_ No, nada
8. Me he sentido triste y desgraciada:
  - 3 \_\_\_ Si, casi siempre
  - 2 \_\_\_ Si, bastante a menudo
  - 1 \_\_\_ No muy a menudo
  - 0 \_\_\_ No, nada
9. He sido tan infeliz que he estado llorando:
  - 3 \_\_\_ Si, casi siempre
  - 2 \_\_\_ Si, bastante a menudo
  - 1 \_\_\_ Solo en ocasiones
  - 0 \_\_\_ No, nunca
10. He pensado en hacerme daño a mí misma :
  - 3 \_\_\_ Si, bastante a menudo
  - 2 \_\_\_ A veces
  - 1 \_\_\_ Casi nunca
  - 0 \_\_\_ No, nunca



## ANEXO 3

### MAPA DEL HOSPITAL GOYENECHE



#### ANEXO 4: MATRIZ DE SISTEMATIZACIÓN DE DATOS

ID	GRUPO	TIPO DE PARTO	EDAD	PROCEDENCIA	GRADO DE INSTRUCCIÓN	PARIDAD	DEPRESION
1	B	2	35	1	4	3	4
2	B	2	23	1	2	1	10
3	B	2	32	2	2	4	12
4	B	2	26	1	2	2	12
5	B	2	36	2	3	4	5
6	B	2	30	1	3	3	13
7	B	2	29	1	4	1	10
8	B	2	30	1	2	1	10
9	B	2	30	2	3	3	5
10	B	2	26	2	3	3	15
11	B	2	30	1	2	1	12
12	B	2	24	1	3	4	14
13	B	2	20	1	2	1	11
14	B	2	28	1	2	2	7
15	B	2	27	1	2	2	13
16	B	2	31	2	2	3	11
17	B	2	29	1	2	1	11
18	B	2	31	5	2	2	12
19	B	2	22	1	2	3	11
20	B	2	27	1	2	1	10
21	B	2	30	3	2	3	12
22	B	2	39	4	2	4	14
23	B	2	30	3	2	1	10
24	B	2	28	5	2	2	6



25	B	2	26	1	2	1	11
26	B	2	31	1	2	2	7
27	B	2	32	3	2	2	15
28	B	2	22	1	4	1	13
29	B	2	23	1	5	1	2
30	B	2	20	2	2	1	14
31	B	2	21	2	4	1	18
32	B	2	18	1	3	1	17
33	B	2	33	1	4	2	8
34	B	2	19	4	3	1	18
35	B	2	19	2	3	2	18
36	B	2	15	3	3	1	20
37	B	2	15	2	1	1	23
38	B	2	28	1	2	2	18
39	B	2	29	3	3	3	23
40	B	2	27	1	4	2	8
41	B	2	30	1	5	2	9
42	B	2	36	1	1	4	23
43	B	2	21	1	4	1	6
44	B	2	20	5	2	1	14
45	B	2	28	3	4	1	17
46	B	2	24	1	3	3	14
47	B	2	17	2	3	2	16
48	B	2	39	1	4	4	15
49	B	2	24	1	2	2	16
50	B	2	39	3	4	3	7
51	B	2	26	1	5	1	5
52	B	2	35	2	4	2	7

53	B	2	25	4	2	3	13
54	B	2	21	3	1	3	17
55	B	2	19	5	1	3	16
56	B	2	33	1	1	4	14
57	B	2	16	2	3	1	19
58	B	2	19	5	2	1	7
59	B	2	19	3	2	1	15
60	B	2	16	3	3	1	25
61	A	1	25	1	5	1	4
62	A	1	30	2	5	2	5
63	A	1	20	1	2	1	8
64	A	1	21	1	2	2	11
65	A	1	26	3	3	1	6
66	A	1	22	1	2	3	10
67	A	1	28	1	2	1	10
68	A	1	22	1	2	1	7
69	A	1	31	1	2	3	6
70	A	1	27	1	2	1	9
71	A	1	30	1	2	3	4
72	A	1	29	1	2	1	6
73	A	1	32	2	2	2	4
74	A	1	26	1	2	2	3
75	A	1	32	1	2	1	11
76	A	1	26	1	2	1	6
77	A	1	37	2	3	4	13
78	A	1	24	5	2	1	4
79	A	1	28	1	2	1	4
80	A	1	24	1	5	2	7

81	A	1	28	1	2	3	13
82	A	1	17	3	3	1	14
83	A	1	36	2	2	4	13
84	A	1	25	1	4	2	5
85	A	1	20	1	2	2	12
86	A	1	21	1	2	1	5
87	A	1	26	3	2	1	5
88	A	1	30	1	2	2	6
89	A	1	29	1	4	1	4
90	A	1	21	1	2	3	11
91	A	1	21	3	2	1	13
92	A	1	24	1	2	2	14
93	A	1	19	1	2	1	12
94	A	1	32	5	4	2	6
95	A	1	23	1	4	1	6
96	A	1	35	3	3	3	8
97	A	1	19	3	2	2	15
98	A	1	17	2	3	1	9
99	A	1	25	5	2	3	9
100	A	1	29	5	4	2	9
101	A	1	26	2	5	1	7
102	A	1	23	3	5	1	8
103	A	1	32	1	4	2	9
104	A	1	18	1	2	1	7
105	A	1	21	3	2	1	8
106	A	1	28	1	5	1	4
107	A	1	22	2	2	3	15
108	A	1	24	4	4	2	8

109	A	1	27	1	4	3	15
110	A	1	22	1	5	2	5
111	A	1	18	4	2	1	5
112	A	1	29	3	5	2	5
113	A	1	20	3	4	1	3
114	A	1	23	2	2	2	6
115	A	1	17	1	3	1	17
116	A	1	18	2	2	2	11
117	A	1	21	5	2	2	6
118	A	1	38	1	4	3	6
119	A	1	19	1	2	1	9
120	A	1	30	1	3	3	10

**Leyenda:**

GRUPO	
Sin contacto precoz	B
Con contacto precoz	A

TIPO DE PARTO	
parto Eutócico	1
parto Distócico	2

EDAD	
Adolescentes	<=17 años
Jóvenes	18-25 años
Adultas	>=26 años

PROCEDENCIA	
Arequipa	1
Puno - Juliaca	2
Cusco	3
Pucallpa	4
Moquegua	5

DEPRESION POSPARTO	
Sin depresion	<10 pts
Con depresion	>=10 pts

GRADO DE INSTRUCCIÓN	
Primaria completa	1
Secundaria completa	2
Secundaria incompleta	3
Técnica	4
Universitario	5

PARIDAD	
Primípara	1
Segundipara	2
Multipara	3
Gran multipara	4