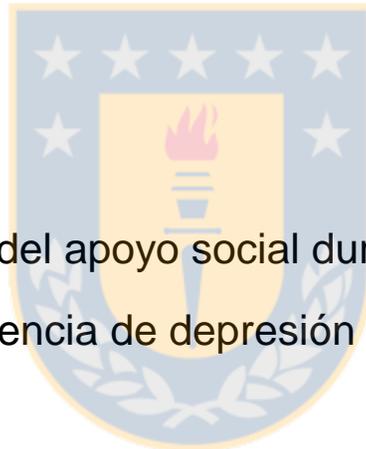




Universidad de Concepción

Dirección de Postgrado

Facultad de Medicina -Programa de Magíster en Salud Reproductiva



Caracterización del apoyo social durante el postparto y la
presencia de depresión materna.

PAULINA SUSANA SOBARZO RODRIGUEZ

CONCEPCIÓN-CHILE

2013

Profesora Guía: Yolanda Contreras García.

Dpto. de Obstetricia y Puericultura, Facultad de Medicina

Universidad de Concepción.

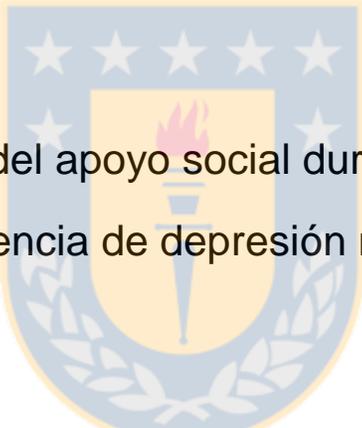




Universidad de Concepción

Dirección de Postgrado

Facultad de Medicina -Programa de Magíster en Salud Reproductiva



Caracterización del apoyo social durante el postparto y la
presencia de depresión materna.

PAULINA SUSANA SOBARZO RODRIGUEZ

CONCEPCIÓN-CHILE

2013

Profesora Guía: Yolanda Contreras García.

Dpto. de Obstetricia y Puericultura, Facultad de Medicina

Universidad de Concepción

Dedicatoria

Por su gran paciencia, apoyo y comprensión, por no faltar nunca en la adversidad y en la duda y por enseñarme tanto en la escuela de la vida, dedico este trabajo con una gratitud infinita a Susana Rodríguez Núñez, Cornelio Sobarzo Aguilera y a Nicol Salas Gómez.



Agradecimientos

Karina Villarroel, Ángela Coronado, Nicol Salas, amigas que aportaron con su apoyo siempre.

A mis padres y amigos que me regalaron una palabra de ánimo.

A mi colega y amiga Carla Lagos B.

A todas y cada una de las usuarias que tuvieron la mejor disposición para participar en esta investigación.

Y todos aquellos que aportaron ó tuvieron la intención de ayudar a sacar a la luz este gran trabajo.



Índice

Resumen.....	6
Introducción.....	8
Marco teórico.....	9
Hipótesis.....	18
Objetivos.....	19
Material y método.....	20
Resultados.....	25
Discusión.....	37
Limitaciones.....	42
Conclusiones.....	43
Referencias bibliográficas.....	47
Anexos.....	54



Resumen

El período de postparto es una etapa de vulnerabilidad biopsicosocial en la mujer, reconociendo una prevalencia de depresión post parto en Chile desde un 27,2% a un 41,3%. Por otra parte, el apoyo social puede ser un factor protector para este periodo. **Objetivo general:** Relacionar las características del apoyo social percibido y la presencia de depresión en el postparto. **Material y método:** Estudio transversal correlacional, de 76 mujeres en periodo de postparto (30 días a 1 año), sanas y sin antecedentes de depresión, a quienes se evaluó sintomatología depresiva mediante la escala de Beck, percepción del apoyo social mediante la escala Zimet, funcionamiento familiar mediante la escala FF-SIL y un cuestionario de variables sociodemográficas, obstétricas y relacionales, previo consentimiento informado y autorización del comité de ética del centro de salud. El análisis estadístico se realizó en el programa SPSS versión 15.0, aplicando **pruebas** estadísticas como Chi cuadrado, Coeficiente de contingencia, test exacto de Fisher, t de student correlación de Pearson y test ANOVA, con un nivel de significación de un $p < 0.05$. **Resultados:** La depresión fue detectada en el 27,6% de las puérperas. La asociación entre la presencia de depresión postparto con la percepción del apoyo social resultaron estadísticamente significativas del mismo modo que la funcionalidad familiar. Variables sociodemográficas y obstétricas no resultaron significativas para la presencia de depresión. **Conclusiones:** El apoyo social percibido, el funcionamiento familiar y aspectos relacionales con la pareja y la madre, son factores protectores de la depresión postparto, en comparación con otras variables.

Background

Postpartum period is stage biopsychosocial vulnerability in the life of women, whose prevalence is 27,2% to 41,3%. Moreover, the social support could be a protector factor in this period. **Objective:** To relate the characteristics of social support perceived and postpartum depression presence. **Material and methods:** Cross-sectional and correlational study on a sample of 76 postpartum women since 1 to 12 months postpartum, healthy and without depression antecedent. BDI-II, MSPSS of Zimet and FF-SIL test was applied, with a sociodemographics, obstetrics and relationship questionnaire, with a informed consen, approved by Health Center ethics committe. Statistical tests applied was Chi Square, Fisher, Pearson correlation, t student and ANOVA test with $p < 0.05$. **Results:** Postpartum depression was detected in a 27, 6%. The association between postpartum depression with social support perception was statistically significant as family function. Sociodemographics and obstetric variables were not significant for the presence of postpartum depression. **Conclusions:** The social support, family function and intimate relationships are protective factors of postpartum depression in compare with other variables.

Introducción

La depresión es un problema de salud pública que afecta principalmente a las mujeres. El período de postparto resulta ser de gran vulnerabilidad emocional, y aunque forma parte del ciclo vital de la mujer, los cambios biopsicosociales que rodean el postparto pueden desencadenar ciertas crisis que algunas mujeres logran controlar y otras no. La depresión postparto es una consecuencia de la incapacidad de adaptación a este cambio, teniendo una cifra nacional entre el 27,2% a un 41,3%. Con frecuencia se considera como una patología subdiagnosticada y si bien se trata de una patología GES en Chile, no es considerada como una patología crónica y su importancia en el puerperio está por debajo de la lactancia exclusiva, el vínculo o la educación de los cuidados postparto. Para las madres se vuelve fundamental el apoyo que puedan recibir ante las dificultades que presenten durante este período de adaptación a un nuevo miembro familiar. Las características de la ayuda social que reciba la madre durante el postparto se relacionará directamente con su salud y la del niño, a pesar de las complicaciones que pudo haber presentado en el embarazo, parto o el postparto mismo y que sean potenciales desencadenantes de depresión postparto. Es por ello que el apoyo social es uno de los factores que influyen en el desarrollo de esta patología pero son escasos los estudios que determinan las características del apoyo social en el período de postparto y su relación con depresión.

Marco teórico

Sabido es que los trastornos depresivos, que han aumentado su visibilidad y frecuencia en los sistemas de salud, originan sufrimiento, discapacidad y una alta proporción de los suicidios, así como un grado importante de deterioro en la calidad de vida de las personas que los sufren. La depresión genera mayor discapacidad que otras enfermedades crónicas como la hipertensión arterial y la diabetes y concentra más del 40% de las licencias médicas y representa al menos un 25% de las consultas de médicos generales en la Atención Primaria, según lo publicado a través del Ministerio de Salud de Chile ⁽¹⁾. Los trastornos afectivos constituyen el segundo desorden más común dentro de las enfermedades mentales en el mundo, siendo estimados por la OMS la segunda causa de discapacidad hacia la tercera década de este milenio ⁽²⁾. Los trastornos depresivos constituyen por tanto, un problema de salud pública de alta relevancia ya que, por ejemplo, la somatización en síntomas físicos, generan consultas médicas repetidas, exámenes, tratamientos e interconsultas no resolutivas, elevando los costos de la atención médica y retrasando el inicio de un tratamiento eficaz.

Según la Encuesta Nacional de Salud en el año 2010 en Chile, la prevalencia de síntomas depresivos a nivel nacional fue de un total de 17,2%, presentándose en la mujer en un 25,7% y en el hombre en un 8,5%.

Chile cuenta desde el año 2000 con un programa nacional para la detección, diagnóstico y tratamiento integral de la depresión. A partir del 2006 la ley chilena garantiza la atención oportuna del episodio depresivo en personas mayores de 15 años ⁽³⁾. Tanto el sistema de salud público como el privado, deben proveer cobertura al 100% de las personas de 15 años y más, en quienes se diagnostique depresión, al momento de demandar atención de salud.

En el estudio evaluativo de la efectividad del programa que se llevó a cabo en la red pública de salud en el año 2004, se identificaron dos factores de

riesgo, presentes en más de la mitad de las mujeres ingresadas: el antecedente de un episodio depresivo previo y una escasa participación y apoyo en la red social, entre otros ⁽¹⁾.

El sexo femenino es un conocido factor de riesgo para esta enfermedad ⁽³⁾. Este tipo de desorden afecta un 20% a las mujeres y en un 12% a los hombres, siendo las mujeres doblemente susceptibles a sufrir depresión, teniendo un incremento en la sintomatología con la edad ⁽²⁾. De hecho es la segunda causa de años de vida perdidos por muerte prematura y discapacidad (AVISA) en mujeres ⁽¹⁾.

Por definición, la depresión es una alteración patológica del estado del ánimo, con descenso del humor y tristeza, acompañada de síntomas vegetativos, emocionales, del pensamiento, del comportamiento y de los ritmos vitales, que persisten por lo menos dos semanas ⁽⁴⁾. Esto puede ocurrir en cualquier etapa del ciclo vital de una mujer siendo el período de la gestación una etapa de alta incidencia de trastornos depresivos y el puerperio el de mayor riesgo de depresión en la vida de la mujer, según Pérez y que fue destacado por Póo en su estudio ⁽⁵⁾. Según Urdaneta, el autor Latorre señala que el puerperio constituye un periodo en el cual estos trastornos son comunes pero algunos, como la depresión postparto son poco reconocidos ⁽²⁾.

La explicación a esto es que durante la gestación, parto y puerperio, suceden una serie de cambios bioquímicos, hormonales, psicológicos y sociales que ocasionan una mayor predisposición a la aparición de alteraciones psíquicas ⁽⁶⁾. Jadresic, según lo mencionado en el estudio de Póo ya señala los desórdenes mentales puerperales más frecuentes: disforia postparto, depresión postparto y psicosis postparto. Si la disforia se intensifica y se prolonga por más de dos semanas se habla de depresión postparto ⁽⁵⁾. La llamada disforia, tristeza materna o baby blues se considera un evento y no un desorden del puerperio afectando a un 85% de las madres. Tiene su inicio desde el segundo al quinto día postparto, alcanzando un punto máximo

a los 7 días y desaparece luego de dos semanas en forma espontánea. Se caracteriza generalmente por insomnio, irritabilidad, pesadumbre, fatiga y llanto fácil ⁽⁷⁾.

La depresión postparto se define como la presencia de todo trastorno depresivo sin síntomas psicóticos que se presenta durante el primer año postparto ⁽⁸⁾. Lo que distinguiría este cuadro de otros episodios depresivos es su presentación en las primeras cuatro semanas postparto, aunque otros autores consideran que puede iniciarse hasta un año o más después del parto, según los autores Jadresic y Rush señalados en el estudio de Wolf ⁽⁹⁾. En cuanto a su sintomatología, es común que los sentimientos depresivos, las ideas obsesivas y la culpa giren en torno al recién nacido. La púérpera puede sentir que es mala madre e incapaz de cuidar bien a su hijo/a, o sentirse desinteresada por éste ⁽⁹⁾.

Este cuadro es habitualmente subdiagnosticado en los centros de atención ⁽²⁾, lo que puede deberse a que del total de mujeres con depresión postparto, tan sólo el 30% pensaba que podía estar sufriendo de un episodio depresivo y el 80% no había consultado al equipo de salud por su sintomatología, según Whitton citado en el estudio de Wolf ⁽⁹⁾. Además, cabe considerar que aquellas mujeres que tienen contacto con profesionales de la salud en sus controles posteriores al parto no están dispuestas a manifestar sus problemas emocionales, en especial la depresión. Si el cuadro llega a diagnosticarse, su prevalencia supera incluso a las patologías obstétricas como preeclampsia, parto prematuro y diabetes gestacional ⁽⁸⁾.

Tiene una prevalencia tres veces más alta en los países en desarrollo que en los países desarrollados, la frecuencia mundial de esta enfermedad fluctúa entre un 10 % a 15 %, siendo mayor esta cifra en las mujeres de nivel socioeconómico bajo según Hobfoyl y Cooper en el estudio de Evans ⁽¹⁰⁾. En cuanto a la prevalencia nacional de depresión postparto, el estudio más representativo realizado en Chile con mujeres de distintos estratos socioeconómicos, arrojó 36,7% para la muestra total y 43,9% para la muestra

del estrato socioeconómico bajo ⁽⁵⁾. La prevalencia de depresión postparto obtenida en la investigación chilena fue 50,7% ⁽⁵⁾. La sintomatología no varía en cuanto a una depresión no puerperal, teniendo además una prevalencia similar a la depresión que se presenta en otras etapas de la vida de la mujer ⁽⁷⁾. Tiene un buen pronóstico si es tratado a tiempo, siendo dos veces más probable encontrar una puérpera deprimida en un consultorio público que en una clínica privada según Jadresic, Frizzio y Alvarado en el estudio de Póo ⁽⁵⁾.

Los instrumentos más utilizados para pesquisar el riesgo de depresión postparto es la Escala de Edimburgo (utilizada también durante el período prenatal) y el Inventario de Depresión de Beck (BDI) ⁽¹¹⁾.

No se conocen con certeza cuáles son los desencadenantes de los trastornos del ánimo en el puerperio, pero sí se considera que la etiología de la depresión postparto es multifactorial.

Sin embargo existen factores de presentación casi universal que influyen en el bienestar emocional de la mujer ya desde el embarazo:

- Alteraciones hormonales y físicas que originan alteraciones corporales y disforias.
- La alteración de la imagen corporal y la incertidumbre sobre la propia salud pueden ser motivo de ansiedad.
- Preocupación acerca de la integridad y salud del feto ⁽⁷⁾

Se han descrito algunos factores de riesgo para la depresión postparto:

Factores psicosociales: como la presencia de antecedentes psiquiátricos previos sobre todo en gestaciones anteriores, antecedentes de depresión posparto, o antecedentes familiares de depresión, acontecimientos vitales estresantes, actitud negativa hacia el embarazo, ansiedad prenatal, estrés psicosocial, inadecuado apoyo social, mala relación de pareja, bajo nivel socioeconómico y embarazo no deseado, entre otros.

Factores sociodemográficos: edad temprana o tardía de la madre estado civil, situación económica y laboral de la pareja.

Factores de morbilidad materna como abortos, problemas de fertilidad en la pareja, complicaciones en el embarazo y en el parto, parto por cesárea, dificultad en la lactancia, historia de disforia premenstrual. Patología fetal como prematuridad, bajo peso, enfermedades ^(6,9).

Algunas complicaciones obstétricas y perinatales pueden influir en la aparición de depresión postparto como lo es la preeclampsia, cesárea de urgencia, hospitalización durante el embarazo, sospecha de distress fetal, indicación de interrupción del embarazo y hospitalización del recién nacido ⁽¹²⁾.

Otros factores poco mencionados son elementos estresores durante el año previo, conflicto conyugal, hipotiroidismo, falta de experiencia en la crianza, mala relación de la mujer con su propia madre ⁽⁷⁾. Se considera como un factor estresante del puerperio el que la pareja no colabore con el cuidado del recién nacido ⁽¹³⁾. Incluso una pobre relación marital se relaciona con este cuadro ⁽¹⁴⁾, así como conflictos de pareja ⁽¹⁵⁾.

En un estudio de un grupo de puérperas con depresión postparto controladas en un centro de atención primaria en salud se encontró que no cuentan con trabajo remunerado, poseen sólo estudios básicos, carecen de un adecuado apoyo social, tienen embarazos no planificados y no tienen una pareja estable, en su mayoría cuidaba sola a su hijo y si recibía ayuda, era de su propia madre. En ese mismo estudio se señala la importancia de la incorporación de un componente en salud mental que se adapte a la realidad psicosocial de las puérperas, exigidas por la lactancia, el tiempo y sin red de apoyo social ⁽³⁾.

Durante el postparto las mujeres generalmente perciben una buena salud. Pero en comparación con las mujeres de la población general, éstas pueden encontrarse en estados de tristeza, tienen una peor salud y funcionalidad física, teniendo menos vitalidad y más limitaciones físicas ⁽¹⁶⁾ como por

ejemplo: cansancio físico, tensión mamaria, pezones agrietados, dolor de espalda, dolor en la zona de cesárea o perineal. ⁽¹⁷⁾.

El apoyo social es un elemento crítico para el desarrollo de un cuadro depresivo ⁽¹⁸⁾. Algunos autores han descrito la importancia de recibir apoyo social informal (pareja, madre, familia y amigos) y formal (profesionales de la salud) ⁽¹⁹⁾. El apoyo social implica tanto la percepción de la disponibilidad de asistencia y la satisfacción con ese apoyo recibido, así como la variedad de proveedores de este apoyo. Un sólo tipo de apoyo no puede abarcar todas las necesidades, es decir, debe ser congruente con la situación actual ⁽²⁰⁾.

Según Bowling, el apoyo social se refiere a un proceso interactivo mediante el cual una persona obtiene ayuda emocional, instrumental o económica de las redes sociales. Thoits lo define como el grado de satisfacción de las necesidades sociales básicas al interactuar con otros, mientras que Lin lo define como aquellos elementos que se reciben desde su red social y grupo de amigos íntimos, sean reales o percibidos ⁽²¹⁾. Incluso hay otros autores que señalan que el apoyo social existe en la medida que el individuo que lo recibe lo percibe al proporcionarle seguridad, ayuda y afecto. Dentro de las dimensiones del apoyo social cualitativo se encuentra el apoyo emocional o afectivo, apoyo confidencial y apoyo informacional y en el área cuantitativa se refiere al número de personas, la ayuda económica y la ayuda en labores domésticas. Un bajo nivel de apoyo social influye en el estado de salud dando síntomas negativos, pero ningún estudio ha podido determinar si el apoyo social influye efectivamente sobre la salud de las personas.

La ausencia de apoyo social no sólo parece estar relacionado con la aparición sino además con la recurrencia de la depresión, actuando como un elemento modificante de los acontecimientos de la vida. La ocurrencia de los eventos importantes de la vida representa un periodo de mayor riesgo y es aquí cuando las intervenciones desde el apoyo social pueden impedir la evolución de la angustia al desorden ⁽²²⁾.

El apoyo social constituiría un pilar fundamental para sobrellevar el rol nuevo de ser madre, a pesar de los inconvenientes que existan durante la gestación y el parto. La mujer no sólo debe recuperarse del parto y cuidar a sus hijos sino que además es necesario un apoyo social para ayudarles a hacer frente a estos factores de estrés. De hecho, el apoyo social se reconoce como un factor con efecto amortiguador para los eventos estresantes de la vida y un predictor importante de apoyo emocional y bienestar físico según Hung ⁽²³⁾.

Nielsen señala que una de cada tres mujeres que sufre de malestar psicológicos al final del embarazo y que percibe aislamiento social desarrollará depresión postparto ⁽³⁾. Casi el 50% de las puérperas con depresión postparto no tiene ayuda de los familiares ni de los amigos ⁽²⁾. El 54,9% de estas mujeres cuidan sola a su recién nacido ⁽³⁾. Existe una relación entre la depresión postparto y la funcionalidad familiar, teniendo las puérperas con este cuadro una red social escasa ⁽²⁴⁾.

Otras investigaciones indican que el apoyo social beneficia la salud y el bienestar de las madres durante el periodo de postparto. El apoyo social es un facilitador en la transición de la mujer hacia la maternidad y se encuentra asociado al desarrollo del rol materno ⁽²⁵⁾. Constituye una influencia positiva para la mujer durante el embarazo, nacimiento y puerperio. Se considera recomendable el apoyo de otras mujeres que se encuentren en la misma etapa, así como actividades de autocuidado en aquellas que tengan el antecedente de sintomatología depresiva ⁽¹⁸⁾. Incluso el apoyo de los pares se considera como un factor protector en mujeres con alto riesgo de desarrollar depresión. Un estudio realizado por Grigodiaris reveló que el apoyo social recibido era benéfico para la salud mental de las madres primerizas ⁽¹⁸⁾. Se han señalado inclusive, que comunidades creadas a través de internet proporcionan importantes lugares de reunión proporcionando apoyo informacional y emocional ⁽¹⁸⁾. Muchas de las mujeres que tienen un hijo por primera vez, encuentran apoyo y experiencia en primera instancia con su propia madre. Los maridos y madres de las mujeres son las personas

identificadas con mayor frecuencia como principal fuente de apoyo social ⁽²⁶⁾
(20).

Al medir el nivel de apoyo social durante el período prenatal y postnatal, se ha encontrado que el apoyo social postnatal es el predictor más potente de riesgo de depresión postparto que el apoyo prenatal ⁽²⁷⁾.

En cuanto a la evaluación de apoyo social, se debe evaluar la cantidad y calidad del apoyo, es decir, no cuanta gente provee el apoyo sino también cuánto apoyo proveen y en qué medida es adecuado ⁽²⁸⁾.

En la depresión postparto no sólo se ve afectada la madre, también hay un impacto negativo en la relación madre-hijo y en el desarrollo emocional, cognitivo y de relación del niño con su entorno ^(10,17,12), poniendo en riesgo el vínculo de apego y la estabilidad familiar, contribuyendo a la aparición de problemas o trastornos en los hijos ⁽⁵⁾. Con un trastorno depresivo que se presente desde ya en el embarazo incrementa la morbilidad y mortalidad tanto para la madre como el feto asociándose a omitir la atención prenatal, el uso de sustancias nocivas, siendo un factor de riesgo para intentos de suicidios y suicidios consumados. Evans expresa que la mayoría de las mujeres que presentan depresión en el postparto no tienen ayuda profesional ⁽¹⁸⁾. Todo esto puede originar trastornos en la interacción madre-hijo con un mayor riesgo de separaciones y divorcios según Pérez e indicado por Urdaneta en su estudio ⁽²⁾.

Una red social escasa se ve involucrada incluso en la influencia sobre el resultado perinatal. Es así como una revisión sistemática indica una relación entre la desventaja social y el bajo peso al nacer ⁽²⁹⁾.

Cooper, citado por Rojas y cols, indica que las mujeres que sufren este cuadro tienen mayor riesgo de sufrir episodios futuros de depresión, con o sin relación a un parto ⁽³⁾.

Teniendo en cuenta las consecuencias que implica un trastorno depresivo durante el postparto y la importancia del apoyo social durante esta etapa, el objetivo de este estudio es identificar las características del apoyo social y su relación con la presencia de depresión postparto.



Hipótesis

Las puérperas que perciben una red social deficiente tienen mayor riesgo de presentar depresión postparto.



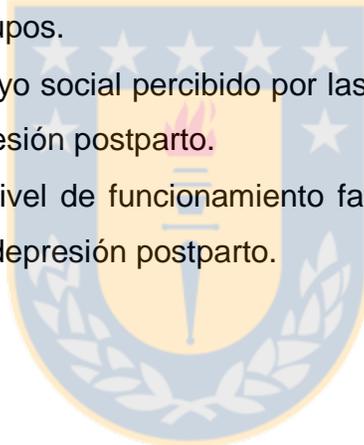
Objetivos

General:

Relacionar las características del apoyo social percibido y la presencia de depresión postparto.

Específicos:

- Identificar la prevalencia de depresión postparto en el grupo en estudio.
- Describir el perfil sociodemográfico de la población en estudio.
- Relacionar variables sociodemográficas, obstétricas y relacionales entre ambos grupos.
- Describir el apoyo social percibido por las puérperas y su relación con el nivel de depresión postparto.
- Determinar el nivel de funcionamiento familiar de las puérperas y su relación con la depresión postparto.



Material y método

Tipo de estudio: Cuantitativo transversal correlacional.

Población en estudio: Mujeres en periodo de postparto considerando un rango de 30 días a 1 año postparto.

Universo: El universo de referencia para el cálculo de la muestra fue de 97 puérperas lo que corresponde al total de puérperas ingresadas a control postparto desde el 1 de Enero al 31 de Junio del 2013, excluyendo a puérperas de aborto o con neomortinatos.

Tamaño de la muestra: Con un error estimado de 0.5% y confiabilidad de 95% la muestra de este estudio fue de 76 puérperas con un muestreo de tipo no probabilística, pues se definió un periodo de aplicación de los instrumentos suficiente para el logro de la muestra. El número de la muestra se calculó a través de la siguiente fórmula:

$$n \geq \frac{Nz_{1-\alpha/2}^2 PQ}{z_{1-\alpha/2}^2 PQ + d^2 (N-1)}$$

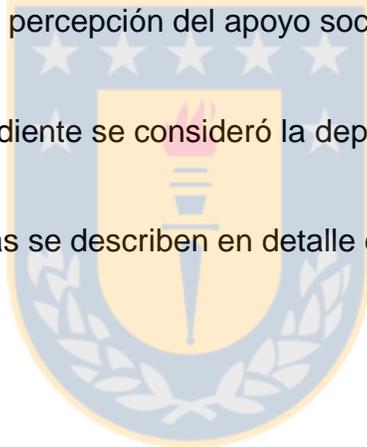
Lugar y período de investigación: CESFAM Lorenzo Arenas desde Mayo a Noviembre 2013.

Variables:

Como variables independientes son consideradas aquellos antecedentes relacionados con aspectos sociodemográficos como : edad, estado civil, escolaridad, ocupación, tipo de vivienda y tenencia de la vivienda; antecedentes obstétricos como: paridad, tiempo de postparto, tipo de parto, lugar del parto, acompañamiento en el trabajo de parto o parto, si se trató de un embarazo planificado, presencia de patología crónica durante el embarazo o patología detectada durante el embarazo, tipo de lactancia y duración de la lactancia exclusiva; antecedentes relacionales: si se encuentra en una relación estable en pareja, si convive con su pareja y el tiempo de convivencia, figura materna, apreciación de la relación con la pareja y de la relación con la madre; percepción del apoyo social y funcionamiento familiar.

Como variables dependiente se consideró la depresión postparto.

Las variables señaladas se describen en detalle en el anexo N° 1.



Instrumentos:

Cuestionario para identificar el perfil sociodemográfico, variables obstétricas y variables relacionales como son edad, estado civil, escolaridad, paridad, patologías en el embarazo, relación con la madre y la pareja, entre otras. (Anexo 2)

Inventario de Depresión de Beck (BDI-II) (Anexo 3)

Es una medida de autoevaluación de la depresión en su versión adaptada al español. Está compuesto de 21 ítems cuyas respuestas fluctúan en puntajes de 0 a 3 y cuya sumatoria tiene un puntaje máximo de 63. Presenta 19 ítems con 4 alterativas y 2 ítems con 7 alternativas. Las puntuaciones de corte para definir la presencia de depresión en la esta escala corresponde a: de 0 a 13 a puntos se considera si depresión; de 14 a 19 puntos se considera con una depresión leve; de 20 a 28 puntos se está frente a una depresión moderada y por sobre los 29 puntos se está en una depresión grave. Este instrumento fue validado en Brasil ⁽³⁰⁾ y fue adaptada y validada en castellano en 1975 ⁽³¹⁾. La última versión del Inventario de Beck, BDI-II fue adaptada al español por Sanz, Vásquez y Pearson España en el 2011.

Escala Multidimensional de Apoyo Social Percibido de Zimet (MSPSS) (Anexo 4).

Esta escala está compuesta por 12 ítems, los cuales recogen información del apoyo social percibido por los individuos en tres áreas: familia, amigos y otros significativos, su formato de respuesta corresponde a una escala de Likert con la siguiente categorización: 1 casi nunca, 2 a veces, 3 con frecuencia y 4 siempre o casi siempre. La Escala de Apoyo Social Percibido de Zimet fue validada en Chile por D'appolonio y cols en el año 2000 ⁽³²⁾.

Test FF-SIL de funcionamiento familiar (Anexo 5)

Consta de 14 proposiciones y 7 categorías que definen el funcionamiento familiar. Cada una de las 14 preguntas tiene 5 posibilidades de respuesta: 1 casi nunca, 2 pocas veces, 3 a veces, 4 muchas veces y 5 casi siempre. El puntaje final varía de 0 a 70 puntos, definiendo como familia funcional un puntaje de 57-70 puntos; familia moderadamente funcional de 34-56 puntos; familia disfuncional de 28-42 puntos y familia severamente disfuncional de 14 a 27 puntos. El test FF-SIL de funcionamiento familiar fue constituido y validado en 1994, por De la Cuesta Freijomil Dolores, Pérez González Esther, Louro Bernal Isabel en Cuba. En Chile, en una investigación en población adolescentes se obtuvo un alfa de Cronbach de 0,80⁽³³⁾, lo cual permite determinar la homogeneidad intraítem para evaluar el funcionamiento familiar.

Consideraciones éticas:

El protocolo de la investigación fue aprobado por el comité de ética del Centro de Salud (Anexo 6) en el cual se desarrolló la investigación y a las mujeres se les invitó a participar a través de un consentimiento informado regido por las normas internacionales de bioética de investigaciones en salud y la Ley n° 20.584 de derechos y deberes de los y las pacientes dispuesta en el sistema sanitario chileno (Anexo 7).

Criterios de inclusión: Corresponde a aquellas mujeres que cumplieron los siguientes requisitos:

- Puérperas de 30 días a 1 año, sanas.
- Sin antecedente de depresión durante la gestación.
- Recién nacido sano.
- Sin patología mental previa
- Sin patología física severa.

Criterios de exclusión: Fueron excluidas del estudio aquellas puérperas con un mal resultado perinatal, antecedente de depresión prenatal o depresión postparto en tratamiento u otro antecedente psiquiátrico, aquellas que no desearon participar en la investigación o que por algún impedimento físico o mental no pudieron responder el cuestionario.

Manejo estadístico:

Los datos fueron ingresados a una base de datos SPSS versión 15.0.

Se realizó un análisis univariado para la descripción de los resultados expresando los resultados de variables cuantitativas en media, desviación estándar o mediana y rangos intercuartílicos según el comportamiento de normalidad de las variables. Mientras que para las variables cualitativas trabajadas en categorías se obtuvieron su frecuencia absoluta(n) y relativa (%)

El análisis bivariado se utilizó para relacionar de variables independiente con dependiente se aplicaron pruebas de Chi cuadrado, Test exacto de Fisher, Coeficiente de contingencia, t de student y correlación de Pearson con un nivel de significación del 0,05.

Para un análisis multivariado en el análisis relacional se utilizaron las pruebas de Coeficiente de contingencia y test ANOVA.

Resultados

Prevalencia de la depresión postparto

De un total de 76 puérperas en estudio, un 27,6% (n=21) presentó algún grado de depresión postparto, mientras que en el 72,4% (n=55) no se detectó este cuadro, lo cual puede observarse en la tabla N°1.

Tabla N°1 “Prevalencia de depresión postparto”

	n	%
Sin depresión	55	72,4
Con depresión	21	27,6

Gravedad de depresión postparto

De aquellas puérperas que obtuvieron un puntaje en el inventario de Beck mayor ó igual a 13 puntos (n= 21) se le categorizó en algún grado de depresión postparto, de lo cual se identificó depresión leve en el 61,9% (n=13), moderada en el 23,8% (n=5) y severa en el 14,2% (n=3), resultados que pueden ser observados en la tabla N°2.

Tabla N°2 “Distribución de la presencia de depresión postparto en las mujeres según nivel”.

Nivel de depresión postparto	n	%
Leve	13	61,9
Moderada	5	23,8
Severa	3	14,2
Total	21	100

Nivel de depresión postparto según meses postparto

Como se observa en la tabla N°3 la depresión leve obtuvo una mayor prevalencia dentro de los primeros 3 meses postparto, la depresión moderada se presentó de forma más tardía y la depresión severa tuvo una mayor tendencia, al igual que la depresión leve dentro de los primeros 3 meses. Entre los 3 a 6 meses postparto la prevalencia de los 3 niveles de depresión se distribuye de manera homogénea.

Tabla N°3 “Distribución del nivel de depresión en las mujeres según tiempo de postparto”

Nivel de depresión	Meses postparto					
	< 3 meses		3 - 6 meses		>6 meses	
	n	%	n	%	n	%
Leve	7	70	1	33,3	5	62,5
Moderada	1	10	1	33,3	3	37,5
Severa	2	20	1	33,3	0	0

Caracterización general del grupo estudiado

La edad promedio fue de 26,3 años con una mínima de 15 años y una máxima de 45 años. El nivel de escolaridad predominante es la enseñanza media completa. Se trata de puérperas en su mayoría con estado civil soltera y conviviente con un trabajo remunerado, que vive de allegada en vivienda tipo casa mayormente.

El promedio de número de embarazos fue de 1,82, de parto 1,64 y de abortos de 0,21. Se trató de gestaciones en su mayoría no planificadas, que en general no presentaron enfermedades antes o durante el embarazo. El promedio de meses postparto en el momento de aplicar el instrumento fue de 5,5 meses. El tipo de parto fue predominantemente vaginal, acontecido en un hospital público. Las mujeres en su mayoría fueron acompañadas en su trabajo de parto y parto por su pareja. El tipo de lactancia al momento de la aplicación del instrumento principalmente fue exclusiva, teniendo en total un promedio de este tipo de lactancia de 3,3 meses.

Las puérperas se encontraron generalmente en una relación de pareja otorgando un puntaje de evaluación de su relación promedio de 5,9 en una escala de apreciación de Likert de 0 a 7. En su mayoría viven con su pareja hace más de 1 año. Más del 90% de las puérperas considera que su madre biológica es su figura materna teniendo un promedio de apreciación de la relación con su madre de un 6,1 en una escala de Likert de 0 a 7.

Perfil sociodemográfico de puérperas con y sin depresión postparto

En comparación con el grupo sin depresión, existe, en el grupo con depresión, una mayor proporción de puérperas con estado civil solteras. Existen diferencias en cuanto a las proporciones de escolaridad, encontrándose que en el grupo con depresión hay más puérperas con escolaridades completas que aquellas sin depresión, aunque la escolaridad superior incompleta predomina en el grupo con depresión. En el grupo con depresión se encuentran en mayor proporción mujeres con trabajo remunerado, habiendo una mayor proporción de estudiantes, mujeres sin ocupación ó con trabajo doméstico no remunerado en el grupo sin depresión. Sobre la tenencia del domicilio, en ambos grupos las proporciones se mantienen similares. Las proporciones en el tipo de vivienda igualmente se mantienen similares, sin embargo se destaca que el grupo que tiene depresión vive en mayor proporción en una casa tipo mediagua en comparación con el grupo sin depresión. La edad media de aquellas puérperas que refirieron depresión es mayor que el grupo control. Sin embargo, a pesar de las tendencias observadas al aplicar pruebas estadísticas no existen diferencias significativas para cada una de ellas, lo cual se observa en la tabla N° 4.

Tabla N°4: “Perfil sociodemográficas de 76 puérperas según presencia de Depresión”

Items	Depresión postparto				Pearson	p
	Presente		Ausente			
Edad	\bar{X} 27,5 (DE 7,012) 17 - 43		\bar{X} 25,8 (DE 6,733) 15 - 45		0,045	0,696
Estado civil	n	%	n	%	Coef Cont	p
Casada	6	28,6	14	25,4	0,156	0,756
Soltera	7	33,3	14	25,4		
Pololea	2	9,5	10	18,1		
Separada	0	0	2	3,6		
Convive	6	28,6	15	27,3		
Escolaridad					0,165	0,830
Básica incompleta	0	0	4	7,2		
Básica completa	1	4,8	2	3,6		
Media incompleta	2	9,5	8	14,5		
Media completa	8	38,1	19	34,5		
Superior incompleta	6	28,6	13	23,6		
Superior completa	4	19,0	9	16,4		
Ocupación					0,235	0,349
Sin ocupación	4	19,0	17	31		
Estudiante	3	14,3	10	18,1		
Trabajo remunerado	11	52,4	15	27,3		
Trabajo doméstico no remunerado	2	9,5	10	18,1		
Trabajo familiar no remunerado	1	4,8	3	5,4		
Tenencia de domicilio					0,111	0,917
Dueño	6	28,6	13	23,6		
Arrendatario	3	14,3	9	16,4		
Usufructuario	0	0	1	1,8		
Toma de sitio	0	0	1	1,8		
Allegado	12	57,1	31	56,4		
Tipo de vivienda					0,145	0,652
Casa	16	76,2	46	83,6		
Departamento	3	14,3	6	10,9		
Pieza	0	0	1	1,8		
Mediagua	2	9,5	2	3,6		

Antecedentes obstétricos en puérperas con y sin depresión postparto.

Existe una mayor proporción de embarazos no planificados en el grupo con depresión (66,7%) en comparación con el grupo sin depresión (61,8%). Las patologías detectadas antes o durante el embarazo no tuvieron diferencias significativas, así como el tipo de patología diagnosticada. Sin embargo cabe destacar que existe una mayor proporción de diabetes gestacional, síndrome hipertensivo del embarazo y anemia en el grupo con depresión, así como de infecciones urinarias, lo cual no resultó ser estadísticamente significativo. Existe una mayor proporción de partos normales y cesáreas programadas en el grupo control, existiendo más cesáreas de urgencia en el grupo con depresión. En ambos grupos predomina el hospital público como lugar del parto. Al comparar ambos grupos, el grupo con depresión refirió proporcionalmente menos acompañamiento en el trabajo de parto y parto que el grupo sin depresión. No hay diferencias en cuanto al tipo de acompañante durante el trabajo de parto o parto. La lactancia exclusiva, al momento de aplicar los instrumentos, se refiere en mayor proporción en el grupo sin depresión, existiendo una mayor proporción de lactancia mixta en el grupo con depresión. No hay diferencias significativas en cuanto a la paridad. El promedio de meses postparto es menor que el grupo con depresión lo que permite concluir que la depresión postparto se desarrolla de manera más precoz en esta población. Sin embargo, ninguno de los hallazgos señalados tuvo significación estadística (Anexo N° 8). La media del tiempo de lactancia exclusiva fue mayor en el grupo sin depresión lo cual resultó ser estadísticamente significativo con un $p < 0,05$, situación que se puede observar en la tabla N° 5.

Tabla N°5 “Tiempo de lactancia exclusiva según presencia de depresión postparto”

	Depresión postparto		T Student	p
	Presente	Ausente		
Tiempo de lactancia exclusiva	\bar{X} 2,38 (DE 2,334) 0 - 8	\bar{X} 3,71 (DE 2,208) 0 - 7	-2,308	0,024

Antecedentes relacionales con respecto a la pareja y la madre en puérperas con y sin depresión.

Las puérperas con depresión se encuentran en una relación de pareja estable en mayor proporción que las que no tienen. De aquellas puérperas que refirieron vivir bajo el mismo techo con su pareja (n= 50) las que presentaron depresión demostraron tiempo de convivencia menor que el grupo sin depresión, siendo en éstas últimas generalmente mayor a 5 años. La figura materna es la madre biológica en mayor proporción en el grupo sin depresión. Ninguno de los resultados señalados fueron estadísticamente significativos (Anexo N° 9).

Se obtuvieron medias mayores en el puntaje de apreciación de la relación con la pareja y la madre de la puérpera en el grupo sin depresión, lo cual resultó ser estadísticamente significativo con un $p < 0.05$, lo cual se observa en la tabla N°6.

Tabla N°6 “Aspectos relacionales según presencia o ausencia de depresión postparto”.

Items	Depresión postparto		Pearson	p
	Presente	Ausente		
Relación con la pareja	\bar{X} 5,06 (DE 0,966) 4 - 7	\bar{X} 6,19 (DE 0,991) 3 - 7	-0,627	0,000***
Relación con la madre	\bar{X} 5,52 (DE 1,365) 5 - 7	\bar{X} 6,38 (DE 0,953) 3 - 7	-0,441	0,000***

Apoyo social percibido

El apoyo social percibido valorado mediante la escala MSPSS de Zimet, obtuvo un promedio general de 37,68 puntos (DE 7,707) de un total de 48. Por tipo de apoyo social se determinó un promedio de apoyo de familia de 12,99 (DE 3,427), de amigos un 10,95 (DE 4,118) y de otros significativos de 13,75 (DE 3,303).

Asociación entre apoyo social percibido y depresión postparto

Se encuentra una correlación negativa entre los puntajes obtenidos en el inventario de Beck y el puntaje obtenido en el apoyo aportado por la familia, amigos y otros significativos, lo cual resultó ser estadísticamente significativo. Es decir, a mayor puntaje de Zimet, menor es el puntaje obtenido en el inventario de Beck, Sin embargo cabe destacar que la significación estadística es mayor para el apoyo familiar y de otros significativos en comparación con el apoyo percibido de los amigos, lo cual es posible de observar en la tabla N°7.

Tabla N°7 “Distribución de puntajes obtenidos en la escala MSPSS de Zimet, según presencia o ausencia de depresión postparto en mujeres”

Tipo de apoyo	Depresión postparto		Pearson	p
	Presente	Ausente		
Amigos	\bar{X} 10 (DE 4,754) 4 - 16	\bar{X} 11,31 (DE3,834) 4 - 16	-0,021*	0,021
Familia	\bar{X} 11,10 (DE3,548) 5 - 16	\bar{X} 13,71 (DE 3,119) 4 - 16	-0,427**	0,000
Otros	\bar{X} 11,48 (DE4,238) 4 - 16	\bar{X} 14,62 (DE 2,392) 7 - 16	-0,473**	0,000

*La correlación es significativa al nivel del 0,05

**La correlación es significativa al nivel 0,001

Al desglosar por ítem el apoyo social percibido se observa que 3 de los ítems de apoyo familiar son estadísticamente significativos al comparar los grupos con y sin depresión. En el apoyo percibido de los amigos no se encuentran diferencias significativas y en el apoyo de otros todos los ítems resultaron ser significativos lo cual puede ser observado en la tabla N° 7

Para el apoyo familiar, los ítems que tuvieron diferencias significativas al comparar ambos grupos fueron los que consideraron ayuda emocional, el conversar sobre los problemas y la ayuda en toma de decisiones. El ítem que contempla el conversar sobre los problemas con la familia fue el que tuvo mayor significación estadística (t student 4,287 p= 0,000)

Para el apoyo de otros significativos, todos los ítems tuvieron diferencias significativas, sin embargo aquel que consideraba tener una personal especial como una real fuente de consuelo (t student 4,945) y con quien

compartir los sentimientos (t student 4,146) resultaron mayormente significativos ($p= 0,000$).

Los resultados obtenidos por cada uno de los ítems de la escala de MSPSS de Zimet se encuentran en detalle en el anexo N° 10.

Nivel de depresión postparto y apoyo social

Al comparar los promedios de puntaje obtenido en los tipos de apoyo social con los niveles de depresión, se puede observar que solo las diferencias encontradas en el apoyo familiar según grado de depresión son estadísticamente significativas, a través del test de ANOVA ($p<0,05$). Sin embargo, en todos los grados de depresión se aprecia una tendencia hacia una disminución del puntaje obtenido a mayor gravedad de la depresión, lo cual se aprecia en la tabla N°8.

Tabla N° 8 “Distribución de puntajes de apoyo social según grado de depresión postparto”.

Apoyo social	Nivel de depresión			Anova	
	leve	moderada	severa	F	p
Familia	\bar{X} 12,46 (DE 3,573) 5 - 16	\bar{X} 9,80 (DE 2,168) 7 - 13	\bar{X} 7,33 (DE1,528) 6 - 9	3,826	0,041
Amigos	\bar{X} 11,54 (DE 4,684) m 4 M 16	\bar{X} 8,80 (DE 4,324) m 4 M 14	\bar{X} 5,33 (DE2,309) m 4 M 8	2,666	0,097
Otros	\bar{X} 12,31 (DE 3,772) m 6 M 16	\bar{X} 12,00 (DE 5,099) m 4 M 16	\bar{X} 7,00 (DE 2,646) m 4 M 9	2,196	0,14

Sintomatología depresiva y apoyo social

Al comparar las medias de tipo de apoyo social según el tipo de síntoma referido por la puérpera con depresión desde su grado más leve (puntaje 1 o más en inventario de Beck) no se obtuvieron diferencias significativas al aplicar el test ANOVA para el apoyo de amigos ($F= 3,716$ $p= 0,233$), apoyo familiar ($F= 3,374$ $p= 0,253$) y apoyo de otros significativos ($F= 2,001$ $p=0,385$).

Funcionalidad familiar de la población en estudio

En cuanto a la funcionalidad familiar los resultados de las frecuencias para la población general resultaron en: familia funcional 57,9% ($n= 44$), familia moderadamente funcional 26,3% ($n= 20$), familia disfuncional 10,5% ($n=8$) y familia severamente disfuncional con un 5,3% ($n=4$)

Funcionalidad familiar en puérperas con y sin depresión

El 83,4% de las puérperas de familias funcionales no presentaron depresión postparto, mientras que el 75% de las puérperas de familias disfuncionales tienen depresión. Se destaca que el 100% de las familias severamente disfuncionales son puérperas con depresión lo cual resultó ser estadísticamente significativo con un $p<0.05$, situación que se puede observar en la tabla N° 9.

Tabla N° 9 “Distribución de puérperas según funcionalidad familiar y presencia de depresión postparto”

	Depresión postparto				Coef Cont.	p
	Presente		Ausente			
Tipo de familia	n	%	n	%	0,489	0,000
Familia funcional	6	13,6	38	83,4		
Familia moderadamente funcional	5	25	15	75		
Familia disfuncional	6	75	2	25		
Familia severamente disfuncional	4	100	0	0		

Nivel de depresión postparto y funcionalidad familiar

En el grupo que sólo presentó depresión postparto se comparó el grado de depresión postparto según la funcionalidad familiar, de lo cual se concluye que entre más leve es la depresión, más funcional es la familia y viceversa. Sin embargo al aplicar la prueba Fisher las diferencias mencionadas no son estadísticamente significativas, lo cual es posible de observar en la tabla N° 10.

Tabla N° 10 “Distribución de funcionalidad familiar según nivel de depresión postparto”

Nivel de funcionamiento familiar	Grado de depresión						Fisher	p
	Leve		Moderada		Severa			
	n	%	n	%	n	%		
Familia funcional	6	46,1	0	0	0	0	3,159	0,059
Familia moderadamente funcional	4	30,8	1	20	0	0		
Familia disfuncional	2	15,4	3	60	1	33,3		
Familia severamente disfuncional	1	7,7	1	20	2	66,7		

Sintomatología depresiva y funcionalidad familiar

Al aplicar la prueba estadística Coeficiente de contingencia, se compararon las frecuencias de sintomatología depresiva por el tipo de funcionalidad familiar, resultando diferencias significativas en el síntoma *pesimismo* (p 0,026) e *inutilidad* (p 0,050). Para el resto de la sintomatología no se hallaron diferencias significativas.

Observación: Las mujeres identificadas con Depresión fueron derivadas a Salud Mental para su correspondiente atención, del mismo modo se consideró la evaluación específica por el equipo de salud a aquellas mujeres con disfuncionalidad familiar.

Discusión

Estudios internacionales del año 2013 muestran que el distres de la puérpera fue referido por el 20% de aquellas a quienes fue aplicado el inventario de Beck. ⁽³⁴⁾ El 29% fue detectado a través del mismo instrumento en un estudio realizado por Haslam en el 2006 ⁽²⁰⁾. La prevalencia total de depresión postparto según Jose Urdaneta y cols en el año 2010 fue de un 22% ⁽²⁾ La misma proporción se halló en un estudio realizado por Pérez y cols en el año 2007 en donde el 22% de las puérperas obtuvieron un test positivo para riesgo de depresión postparto ⁽³⁵⁾. Cifra similar se encontró en un estudio realizado por Vilouta M en el año 2006 con un 21,25% ⁽⁶⁾. Según Alberto Moreno y cols en el año un test positivo para la detección de depresión postparto fue de un 22,2% ⁽⁸⁾ y Aramburú P et al en el año 2008 confirmó la patología en un 24,1% ⁽³⁶⁾. Las cifras encontradas en los estudios mencionados, aunque en su mayoría son algo menor, es cercana a la cifra encontrada en el presente estudio con un 27,6%. En julio del año 2013, un estudio realizado en un grupo de puérperas en Irán, detectó una prevalencia de depresión postparto del un 34.8%, una cifra mayor a la encontrada en el presente estudio. En el mismo estudio además, se demostró que el parto cesárea, el estrato socioeconómico bajo y el bajo nivel educacional fueron los factores de riesgo más significativos para la depresión postparto ⁽³⁷⁾, a diferencia de esta investigación en donde ninguna de las variables mencionadas se asoció con la presencia de sintomatología depresiva.

Según Rojas et al en el año 2010 sólo un 37,5% de las mujeres señaló haber tenido un embarazo planificado, cercano al 35,5% encontrado en el presente estudio, no encontrando diferencias significativas, al igual que los estudios de Rojas et al, Alberto Moreno ⁽³⁾⁽⁸⁾ y el presente estudio.

En el mismo estudio anteriormente señalado, el tipo de parto predominante fue el parto normal con un 68,2% seguido de cesárea con un 29,7%. En el

estudio actual la cifra de partos normales es bastante menor en comparación con Rojas y la proporción de cesáreas ha aumentado considerablemente si se suman las cesáreas de urgencia y programadas (50%). Rojas además señala, al igual que en esta investigación, que el tipo de parto no se asocia con la depresión postparto. Lo mismo señalan los estudios realizados por Alberto Moreno. Sin embargo un estudio realizado por Vilouta señala que la incidencia del cuadro depresivo fue mayor en las pacientes intervenidas de cesárea que en las que terminaron por vía vaginal ($p < 0,001$)⁽⁶⁾. El estudio realizado por Pérez et al no encontró diferencias significativas en la vía del parto, escolaridad, estado civil y nivel socioeconómico, al igual que este estudio. Asli Goker en el año 2012 publica un estudio en donde también se señala que el parto normal, la cesárea de urgencia o programada no tuvieron efectos en los puntajes finales para depresión postparto⁽³⁸⁾.

Las variables que tampoco tuvieron diferencias significativas en otros estudios fueron la ocupación, escolaridad⁽³⁾, ser madre adolescente (menor de 18 años), paridad^{(6) (8), (13)}, antecedente de aborto⁽⁸⁾ y la presencia de patologías^{(6) (8)}, lo cual también es demostrado en la investigación actual.

En cuanto a la edad, el presente estudio difiere con aquel realizado por Vilouta en donde se indica una mayor incidencia de depresión en el grupo de mayores de 35 años, con significación estadística respecto al grupo de pacientes entre 21 a 34 años. No se encontró significación con el grupo de menor edad.

En cuanto a la lactancia, un estudio realizado en el año 2012 encontró que la mantención de la lactancia materna es significativo en relación a la ausencia de depresión postparto⁽³⁹⁾, lo cual también pudo ser demostrado en este estudio.

En cuanto a las relaciones interpersonales de la puérpera, Póo en el 2008 halló significancia estadística en cuanto a la calidad de relación con los

padres de la puérpera y con el padre de su hijo durante el embarazo, lo cual también tuvo significancia estadística en este estudio ⁽⁵⁾. Un estudio realizado en India, en el año 2012, señala que una pobre relación marital era uno de los factores de riesgo más importantes para la ocurrencia y cronicidad de la depresión postparto ⁽⁴⁰⁾.

Asimismo, Haslam señala en sus resultados que altos niveles de apoyo por parte de la pareja se relacionan con una menor sintomatología depresiva en el puerperio ⁽²⁰⁾. Un estudio realizado en puérperas señaló que la insatisfacción marital, entre otras variables, estuvo relacionado con la presencia de depresión postparto ⁽⁴¹⁾. En el 2010 Vicents Escrivà- Aguir y Lucía Atazcoz determinaron que en puérperas de 3 a 12 meses postparto, una baja satisfacción marital aumentaba la probabilidad de presentar depresión durante los primeros 12 meses después del nacimiento ⁽⁴²⁾. Asimismo, Xie R.H en el 2010 señala que, entre los miembros de la familia, el apoyo recibido desde la pareja tuvo el impacto mayor en el riesgo de desarrollar depresión postparto ⁽⁴³⁾.

Dentro de los síntomas más frecuentes de depresión postparto que señala el estudio de Rojas y cols, son ánimo deprimido, anhedonia y fatiga o falta de energía (87%). El último síntoma mencionado también coincide con el estudio actual dentro de los más referidos por las puérperas. El estudio realizado por McGoven señala dentro de la sintomatología depresiva la fatiga (64%), malestar mamario (60%) y disminución en el deseo sexual (52%) ⁽¹⁶⁾. La fatiga y las alteraciones de la libido también forman parte de la sintomatología depresiva más referida, coincidiendo con McGoven.

Existen variados estudios que señalan una fuerte relación entre la presencia de depresión postparto y el apoyo social percibido por la puérpera, lo cual fue uno de los hallazgos significativos principales de esta investigación.

En India en el año 2012, mediante un análisis multivariado, se halla una asociación significativa entre depresión postparto con percepción de un déficit de apoyo social. Aquellas mujeres que señalaron tener un apoyo social adecuado reportaron niveles más bajos de sintomatología depresiva. (44)

Una regresión lineal en un estudio en mujeres egipcias demostró que la depresión postparto estuvo significativamente predicha por el apoyo social recibido (45).

Un estudio realizado por Navarrete L en el año 2013 reveló que las variables que predijeron sintomatología ansiosa a los 4-5 meses postparto fueron no tener pareja y falta de apoyo social (46).

En un estudio publicado en el año 2013 por Ferreti F. demostró que entre los factores de riesgo asociados a sintomatología depresiva en el postparto fueron, entre otros, falta de apoyo social de la pareja. (47)

Se obtuvo una correlación significativa entre el puntaje de sintomatología depresiva en el postparto y las variables de apoyo social y calidad de vida. En este estudio se midió el apoyo social a través de una Escala de Apoyo Social de 21 ítems. Este estudio, aunque antiguo, se ha incluido debido a su origen latinoamericano (48).

Chich-Hsiu Hung en el año 2011 señala también que un bajo nivel de apoyo social se asocia con estrés postparto (26).

Según un estudio realizado en Chile en el año 2012, dentro de las variables psicosociales asociadas con la depresión postparto fue la percepción de la funcionalidad familiar (49), lo cual también se demuestra en el estudio actual, siendo una de las variables con significación estadística relacionada con el puntaje de depresión, en donde púerperas con puntajes más bajos en la

percepción del funcionamiento familiar se asociaron con puntajes más altos en el inventario de depresión de Beck.

En cuanto al nivel de depresión postparto un estudio realizado por Gold K.J. en el año 2013 indicó que un 32.7% de las puérperas presentó depresión leve, un 27.4% depresión moderada y un 9.8% depresión grave ⁽⁵⁰⁾, cifras que difieren a las encontradas en este estudio (61,9%, 23,8% y 14,2% respectivamente).

La variable relación con la madre no es un tema muy abordado y no se encontró ningún estudio reciente que analizara esta variable, salvo el estudio de Póo en donde se señala la relación con los padres como variable determinante. Además existen poco estudios en donde se aborde el funcionamiento familiar como factor protector de la depresión postparto.



Limitaciones

Dentro de las limitaciones de este estudio se encuentra el tipo de muestreo, en este caso, no probabilístico, ya que el universo en estudio fue limitado a un solo centro de salud.

En este estudio no se recogió el antecedente del resultado de la Escala de Edimburgo pues no todas las mujeres entrevistadas tenían esta evaluación aplicada al momento de realizar la investigación, por lo que no se pudo relacionar la eficacia de este instrumento respecto de su nivel predictivo en relación con el inventario de depresión de Beck.



Conclusiones

La prevalencia de depresión postparto en este estudio fue de un 27,6%.

En cuanto al nivel de depresión postparto, dentro de las mujeres identificadas por el inventario de Beck: el 61,9% fue leve , mientras que 23,8 % fue moderada y el 14,2 % fue severa.

Al evaluar la relación de la depresión postparto con variables sociodemográficas, a pesar de observar tendencias, no hubo diferencias significativas. Las variables obstétricas que podrían estar relacionadas con la presencia de este cuadro tampoco resultaron significativas. Sólo la variable tiempo de lactancia exclusiva estuvo relacionada de forma significativa con la presencia de depresión postparto. Esto nos puede llevar a la conclusión de que los hechos relacionados con el vínculo de la díada, la cual está muy determinada por la lactancia materna, pueden tener implicancias en la aparición de un cuadro depresivo.

La relación con la pareja y la madre, en un plano más íntimo, en esta población se asoció con la presencia de esta patología. La pareja y la madre son los elementos a los cuales se concurre de inmediato cuando existen dificultades, sobretodo en la etapa de crianza. Al parecer, cuando la relación con cualquiera de los dos es deficiente, existe más riesgo de presentar un cuadro depresivo.

El componente social definitivamente resultó tener relación con la depresión postparto. El principal objetivo de esta investigación fue determinar si el apoyo social percibido se relacionaba con la depresión postparto. Al comparar los puntajes obtenidos en el inventario de Beck con los puntajes de apoyo social en general, se identificó que entre más baja sea la percepción del apoyo social , más alto será el puntaje obtenido de depresión. Las diferencias fueron significativas para los 3 tipos de apoyo social percibido

según la presencia de depresión postparto. Al comparar los puntajes obtenidos por cada uno de los ítems de apoyo social se puede concluir que lo más significativo fue que las mujeres que presentaron depresión postparto no cuentan con una persona confidente a quien consideren una fuente de consuelo y con quien compartir sus sentimientos. Los puntajes obtenidos en los ítems de apoyo por parte de los amigos no tuvieron diferencias significativas para ambos grupos, por lo que el apoyo que reciben las mujeres de lo que consideran amistades parece no influir en la presencia de depresión.

El nivel de depresión postparto se relacionó significativamente con el apoyo social. A menor puntaje de apoyo social percibido, aumenta el nivel de depresión postparto.

No se encontraron diferencias significativas entre el apoyo social y la sintomatología depresiva según el Inventario de Beck.

El ámbito familiar también es un determinante en la presencia de esta patología. Al igual que el apoyo social percibido, la funcionalidad familiar, puede ser un factor protector. Las puérperas deprimidas tuvieron familias disfuncionales en mayor proporción que aquellas que no lo estaban. La dinámica familiar, la forma en que los distintos miembros se relacionan, actúan, se comunican y se adaptan a los cambios parece influir en el estado anímico de una puérpera.

En las mujeres que presentaron depresión postparto, se observa una tendencia a la disminución del nivel de la depresión cuando las familias son más funcionales, sin embargo esto no fue estadísticamente significativo.

En las puérperas que refirieron depresión, el nivel de funcionamiento familiar estuvo asociado significativamente con el ítem pesimismo y sentimiento de inutilidad en el inventario de Beck.

El embarazo, pero sobretodo el puerperio, es por definición en el ciclo vital un evento estresante que requiere que los protagonistas se adapten de una u otra forma a la presencia de un nuevo ser dentro de la familia y la sociedad. Al no contar con los elementos de apoyo social del cual se aprende, se recurre y se comparte, la posibilidad de presentar un cuadro depresivo son mayores.

La salud mental de las gestantes es bastante más fácil de evaluar en comparación con las puérperas ya que los controles son más frecuentes y se logra en muchas ocasiones una relación profesional-usuaria más cercana e íntima generalmente con un mismo profesional. Posterior al parto, los controles de regulación de fecundidad se tornan mucho más distantes que los controles prenatales, lo que podría tener implicancias en la detección de un cuadro depresivo cuando ya han pasado meses luego del parto.

El único instrumento establecido para detectar sospecha de depresión postparto en los centros de salud primaria es la Escala de Edimburgo. Aquellas puérperas que tienen sospecha de depresión postparto según esta escala son derivadas a psicólogo, sin embargo, no existe un instrumento estandarizado para el diagnóstico de depresión postparto en el centro de salud en donde se realizó la investigación.

La Evaluación Psicosocial Abreviada (EPSA) que se aplica al ingreso de embarazo, incluye aspectos de apoyo social y de relación con la pareja (si existe violencia o no), pero no evalúa la relación con otros personajes significativos como la madre ó el funcionamiento familiar. Muchas veces, por limitaciones de tiempo en la atención primaria, es difícil evaluar este ámbito, pero durante las visitas domiciliarias es mucho más fácil apreciar la relación que la puérpera tiene con su pareja o madre y con el resto de la familia. Una forma estandarizada de hacerlo sería la aplicación del test FF-SIL durante las visitas domiciliarias en la gestación o postparto e incluir en el EPSA algún

ítem relacionado con la familia y relaciones interpersonales de una manera más específica. Sin embargo, en la actualidad el tiempo con el que se cuenta para aplicar instrumentos es bastante limitado por lo que una estrategia más realizable sería coordinar, con los profesionales que trabajan fuertemente en el área de apoyo social, las directrices de permitan establecer un esquema de detección y manejo más adaptado a las necesidades sociales de las gestantes, con el fin de garantizar un mejoramiento en los aspectos de apoyo social y familiar al momento de recibir al recién nacido.

Por todo esto se rescata la importancia que tiene el manejo por parte de los profesionales de la salud de atención primaria en cuanto a salud familiar, ya que es conocido que al trabajar e intervenir en el entorno del usuario del sistema de salud es más fácil obtener resultados positivos en la recuperación y rehabilitación. Es importante realizar intervenciones de apoyo social, como grupos de apoyo, talleres, visitas domiciliarias por trabajadoras sociales y psicólogos, actividades comunitarias entre otras, con el fin de reforzar un componente fundamental en la salud mental de las mujeres.

El apoyo social durante el embarazo es de suma importancia y por ende es necesario evaluarlo para que exista un buen ambiente para recibir al recién nacido y mejorar las condiciones en que la madre se adapte a este cambio y así también mantener esta condiciones durante el postparto.

Se debe trabajar desde el enfoque de salud familiar que contempla intervenciones de promoción y prevención, que afectan íntimamente el círculo más cercano de la usuaria por parte del equipo de cabecera.

Referencias bibliográficas

- (1) Retamal P., Florenzano R., Mourgues C., Martínez X., Chamorro X., Leighton C. y cols. Programa Nacional de Diagnóstico y Tratamiento de la Depresión Severa Servicio de Psiquiatría Hospital Salvador. Santiago. Ministerio de salud Chile, informe final 2004.
- (2) Urdaneta J., Rivera A., García J., Guerra M., Baabel N., Contreras A. Prevalencia de depresión posparto en primigestas y múltiparas valoradas por la escala de Edimburgo. Rev chil obstet ginecol. 2010; 75(5): 312-320.
- (3) Rojas G., Fritsch R., Guajardo V., Rojas F., Barroilhet S., Jadresic E. Caracterización de madres deprimidas en el posparto. Rev Med Chile. 2010; 138: 536-542.
- (4) Ministerio de Salud de Chile. Garantías explícitas en salud. Guía clínica: Depresión en personas de 15 años y más. Serie de guías clínicas MINSAL nº XXI. 1º edición. Santiago: MINSAL, 2006.
- (5) Poó A., Espejo C., Godoy C., Gualda M., Hernández T., Pérez C. Prevalencia y factores de riesgo asociados a la depresión posparto en puérperas de un Centro de Atención Primaria en el Sur de Chile. Rev Méd Chile .2008; 136: 44-52.
- (6) Vilouta M., Álvarez E., Borrajo E., González A. Depresión en el posparto inmediato: factores de riesgo. Clin Invest Gin Obst. 2006; 33(6):208-11.
- (7) Rondón M. Trastornos depresivos en el embarazo y puerperio. Acta médica Peruana. 2005, 22: 15- 18.
- (8) Moreno A., Domínguez L., França P. Depresión posparto: prevalencia de test de rastreo positivo en puérperas del Hospital Universitario de Brasilia, Brasil. Rev Chil Obstet Ginecol. 2004; 69(3):209-213.

- (9) Wolff C., Valenzuela P., Esteffan K., Zapata D. Depresión postparto en el embarazo adolescente: análisis del problema y sus consecuencias. *Rev chil obstet y ginecol.* 2009; 74 (3): 151-158.
- (10) Evans G., Vicuña M., Marín R. Depresión posparto realidad en el sistema público de atención de salud. *Rev Chil Obstet Ginecol.* 2003; 68(6):491-494.
- (11) Navarro G, García M, Fernández A. Evaluación del estado de ánimo en el puerperio con la escala de depresión postnatal de Edimburgo. *Int J Clin Health Psychol.* 2005; 5(2):305-318.
- (12) Blom E, Jansen P, Verhulst F, Hofman A, Raat H, Jaddoe V. y cols. Perinatal complications increase the risk of postpartum depression. The Generation R Study. *Brit J Obstet Gynaec.* 2010;117:1390–1398.
- (13) García M. Trastornos del estado del animo del puerperio: factores psicosociales predisponentes [memoria para optar a grado de doctor]. Madrid: Universidad complutense de Madrid; 2010.
- (14) Patel V., Rodrigues M., DeSouza N. Gender, poverty, and postnatal depression: a study of mothers in Goa, India. *Am J Psychiat.* 2002;159 , 43–47.
- (15) Dennis C., Ross L. Women's perceptions of partner support and conflict in the development of post-partum depressive symptoms. *J Adv Nurs.*2006; 56(6), 588–599.
- (16) McGovern P., Dowd B., Gjerdingen D., Gross C., Kenney S., Ukestad L y cols. Postpartum health of employed mothers 5 weeks after childbirth. *Ann Fam Med.* 2006; 4 .159-167.

- (17) Cheng Ch., Pickler R. Effects and stress and social support of postpartum health of Chinese mothers in the United States. *Res Nurs Health*. 2009; 32. 582-591.
- (18) Evans M., Donelle L., Hume-Loveland L. Social support and online postpartum depression discussion groups: A content analysis. *Patient Education and Counseling*. 2012; 87. 405-410.
- (19) Grassley J. Adolescent Mothers' Breastfeeding Social Support Needs. *J Obstet Gynecol Neonatal Nurs*. 2010; 39.713- 722.
- (20) Haslam D., Pakenham K., Smith A. Social support and postpartum depressive symptomatology: the mediating role of maternal self-efficacy. *Infant Ment Health J*. 2006. 27(3). 276-291.
- (21) Contreras Y. Apoyo Social. Universidad de Concepción. Departamento de Obstetricia y Puericultura. Diplomado en Salud Primal. Concepción, Chile, 2011.
- (22) Payke E. Life events, social support and depression. *Acta psychiatry Scand Suppl* 1994; 377 .50-8.
- (23) Hung Ch. Predictors of postpartum women's health status. *J Nurs Scholarship*. 2004; 36. 345–351.
- (24) Vargas R. Funcionalidad familiar y redes de apoyo social en la depresión postparto en el hospital obrero. *Rev. Cochab Med. Fam*. 2008: 21-26.
- (25) Leahy-Warren P., McCarthy G., Corcoran P. Postnatal Depression in First-Time Mothers: Prevalence and Relationships Between Functional and Structural Social Support at 6 and 12 Weeks Postpartum. *Arch Psychiat Nurs*. 2011. 25 (3) .174-184.
- (26) Hung Ch., Lin Ch., Stocker J., Yu Ch. Predictors of postpartum stress. *J Clin Nurs*. 2011; 20.666-674.

(27) Xie R., He G., Koszycki D., Walker M., Shi Wu Wen. Prenatal Social Support, Postnatal Social Support, and Postpartum Depression September. *Ann Epidemiol.* 2009; 19 (9) 637–643.

(28) Terol C., López S., Neipp C., Rodríguez J., Pastor M., Martin-Aragón M. Apoyo social e instrumentos de evaluación: revisión y clasificación. *Anuario de Psicología* .2004;35 (1) .23-45.

(29) Hodnett ED, Fredericks S. Apoyo durante el embarazo a mujeres con mayor riesgo de recién nacidos de bajo peso al nacer (Revisión Cochrane traducida). En: La Biblioteca Cochrane Plus, 2008 Número 2. Oxford: Update Software Ltd. Disponible en: <http://www.update-software.com>. (Traducida de The Cochrane Library, 2008 Issue 2. Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd.). Fecha de la modificación significativa más reciente: 16 de mayo de 2003.

(30) Favero M., Santos M. Depresión y calidad de vida en madres de niños con trastornos invasores de desarrollo. *Rev Latino-Am Enfermagem* [revista de internet]. Ene-febr 2010. [acceso noviembre 2012];18 (1). Disponible en http://www.scielo.br/pdf/rlae/v18n1/es_06.pdf

(31) Grupo de Trabajo sobre el Manejo de la Depresión Mayor en el Adulto. Guía de Práctica Clínica sobre el Manejo de la Depresión Mayor en el Adulto. Madrid: Plan Nacional para el SNS del MSC. Axencia de Avaliación de Tecnoloxías Sanitarias de Galicia (avalia-t); 2008. Guías de Práctica Clínica en el SNS: avalia-t N° 2006/06.

(32) Molina M., Valdivia M. Factores Psicológicos Asociados a la Maternidad en Menores de 15 años. *Revista de Psicología de la Universidad de Chile.* 2003; 12 (2). 85-109.

- (33) Gonzalez J., Lecaros J., Moyano M. Capital Social Familiar Y Delincuencia Adolescente. [Memoria para optar al título de psicólogo y a la mención Psicología Social de las Organizaciones]. Universidad de Talca, 2008.
- (34) Seimyr L., Welles-Nystrom B., Nissen E. A history of mental Health problems may predict maternal distress in woman postpartum. *Midwifery*.2013; 29(2): 122-31.
- (35) Pérez R., Sáez K., Alarcón L., Avilés V., Braganza I., Coleman J. Variables posiblemente asociadas a depresión postparto, según escala de Edimburgo. *Rev. Obstet. Ginecol. Venez.* 2007;67(3): 187-191
- (36) Aramburú P., Arellano R., Jáuregui S., Pari L., Salazar P., Sierra O. Prevalencia y factores asociados a depresión postparto en mujeres atendidas en establecimientos de salud del primer nivelde atención en Lima Metropolitana, junio 2004. *Rev. Peru. Epidemiol.* 2008; 12 (3).
- (37) Taherifard P-. Delpisheh A., Shirali R., Afkhamzadeh A., Veisani Y. Socioeconomic, psychiatric and materiality determinantsand risk of postpartum depression in border city of Ilam, Western Iran. Hindawi Publishing Corporation. 2013.
- (38) Goker A., Yanikkerem E., Demet M., Dikayak S., Yildirim Y., Koyuncu F. Postpartum depression: is mode of delivery a risk factor?. *International Scholarly Research Network*. 2012.
- (39) Tashakori A., Zamani A., Davasaz R. Comparison of prevalence of postpartum depression symptoms between breastfeeding mothers and non-breastfeeding mothers. *Iran J Psychiatry*. 2012; 7:61-65.
- (40) Hegde S., Latha K., Bhat S., Sharma P., Kamath A., Shetty A. Postpartum depression: prevalence and associated factors among women in India. *J Womens Health, Issues Care*. 2012; 1:1.

- (41) Ikeda M., Kamibeppu K. Measuring the risk factors for postpartum depression: development of the Japanese version of the Postpartum Depression Predictors Inventory-Revised (PDPI-R-J). *BMC Pregnancy and Childbirth*. 2013.; 13: 112.
- (42) Escriba-Aguir V., Artazcoz L. Gender differences in postpartum depression: a longitudinal cohort study. *J Epidemiol Community Health*. 2011; 65:320-326.
- (43) Xie R., Yang J., Liao S., Xie H., Walker M., Wen SW. Prenatal family support, postnatal family support and postpartum depression. *Aust N Z Obstet Gynaecol*. 2010; 50 (4):340-5.
- (44) Moh'd Yehia D., Callister L., Hamdan-Mansour A. Prevalence and predictors of postpartum depression among arabic muslim jordanian women serving in the military. *J Perinat Neonat Nurs*. 2013.; 27 (1): 25-33.
- (45) Saleh E., El-Bahei W., El-Hadidy M., Zayed A. Predictors of postpartum depression in a sample of Egyptian women. *Neuropsychiatric Disease and Treatment*. 2013;9:15-24.
- (46) Navarrete L., Lara M., Navarro C., Gómez M., Morales F. *Revista de Investigación clínica*. 2012; 64 (7): 625-633.
- (47) Ferreti F., Franca A., Folin M. Risk factors associated with postnatal depressive symptomatology: a study conducted in the Southern area of Local Health Unit of Modena. *Epidemiol Prev*. 2013; 37 (2-3):138-44.
- (48) Canaval G., González M., Martínez L., Tovar M., Valencia C. Depresión postparto, apoyo social y calidad de vida en mujeres de Cali, Colombia. *Colombia Med*. 2000; 31:4-10.

(49) Dois A., Uribe C., Villarroel L., Contreras A. Factores de riesgo asociados a síntomas depresivos post parto en mujeres de bajo riesgo obstétrico atendidas en el sistema público. Rev Med Chile. 2012;140:719-725

(50) Gold K.J., Spangenberg K., Wobil P., Schwenk T.L. Depression and risk factor for depression among mothers of sick infants in Kumasi, Ghana. Int J Gynaecol Obstet. 2013;120(3):228-31.



Anexos

Anexo 1

Variable	tipo	Def nominal	Def operacional
Edad	Cuantitativa Independiente Discreta	Años cumplidos al 30 de junio 2012.	Años cumplidos
Estado civil	Cualitativa Independiente Nominal	Estado de unión con una pareja	Soltero Pololea Casado Viudo Separado Convive
Escolaridad	Cualitativa Independiente Ordinal	Nivel educacional logrado.	Básica incompleta Básica completa Media incompleta Media completa Superior incompleta Superior completa
Ocupación	Cualitativa Independiente Nominal	Actividad que realiza para percibir ingresos.	Sin ocupación Estudiante Trabajo remunerado Trabajo doméstico no remunerado Trabajo familiar no remunerado
Tenencia del hogar	Cualitativa Independiente Nominal	Forma de posesión de la vivienda.	Dueño Arrendatario Usufructuario (trabajo le da la vivienda) Toma de sitio Allegado

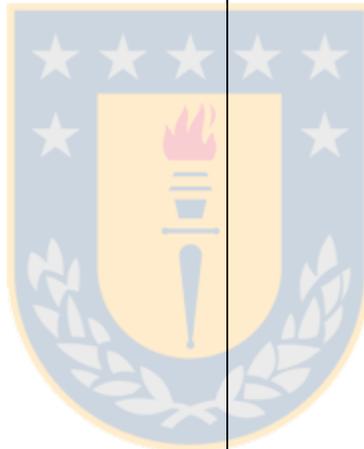
Tipo de vivienda	Cualitativa Independiente Nominal	Clase de vivienda según las características de su estructura.	Casa Departamento Pieza en casa antigua o conventillo Mediagua o mejora Rancho o choza Vivienda precaria de materiales reutilizados
Paridez	Cuantitativa Independiente Discreta	Total de embarazos, partos y abortos por mujer	Número de embarazos, partos y abortos por mujer
Tiempo de postparto	Cuantitativa Independiente Discreta	Tiempo transcurrido desde el nacimiento del último hijo hasta la aplicación de la encuesta	Meses cumplidos
Tipo de parto	Cualitativa Independiente Nominal	Vía a través de la cual se produce el nacimiento	Parto Normal Cesárea programada Cesárea de urgencia Fórceps
Lugar del parto	Cualitativa Independiente Nominal	Lugar en donde se atiende el parto	Hospital Público Clínica Privada Domicilio Otros
Acompañamiento parto	Cualitativa Independiente Nominal	Si tuvo presencia o no de persona significativa durante el trabajo de parto y parto	Si No
Quien acompañó en el parto	Cualitativo Independiente Nominal	Persona significativa que acompañó durante el parto.	Pareja Madre Amigo otro

Embarazo planificado	Cualitativo Independiente Nominal	Si el embarazo ha sido planificado o no	Si No
Patología en el embarazo	Cualitativo Independiente Nominal	Presencia de alguna patología durante la gestación	Si No
Tipo de patología en el embarazo	Cualitativo Independiente Nominal	Tipo de patología más común durante la gestación	Diabetes gestacional SHE Anemia ITU Otro
Patología crónica junto al embarazo	Cualitativo Independiente Nominal	Presencia de patología crónica concomitante con el embarazo.	Si No
Tipo de Patología crónica junto al embarazo	Cualitativo Independiente Nominal	Tipo de patología crónica más común en las mujeres	Diabetes Mellitus HTA crónica Asma Hipotiroidismo Otro
Tipo de alimentación del lactante	Cualitativa Independiente Nominal	Tipo de alimentación que recibe el lactante al momento de la aplicación de la encuesta	Lactancia exclusiva Lactancia mixta Lactancia artificial Leche materna más alimentos sólidos. Leche artificial más alimentos sólidos. Leche materna, leche artificial y alimentos sólidos
Tiempo de lactancia exclusiva	Cuantitativa Independiente Discreta	Tiempo transcurrido en el cual la puérpera ha dado sólo lactancia exclusiva	Meses cumplidos

Relación con la pareja	Cuantitativa Independiente Discreta	Percepción de la relación de la pareja actual.	Escala de Likert de 0 a 7, siendo 1 una relación muy mala y el 7 una relación muy buena. 0 es una relación indiferente o no existe.
Tiempo de convivencia con la pareja	Cualitativa Independiente Ordinal	Tiempo que la puérpera ha vivido con su pareja bajo el mismo techo.	Menos de 1 año 1 año a 5 años Más de 5 años
Figura materna	Cualitativa Independiente Nominal	Persona a la cual la puérpera considera como madre.	Madre biológica Madre adoptiva Abuela materna Abuela paterna Tía Hermana Otro familiar Amiga No tiene
Relación con la madre	Cuantitativa Independiente Discreta	Percepción de la relación de la pareja actual.	Escala de Likert de 0 a 7, siendo 1 una relación muy mala y el 7 una relación muy buena. 0 es una relación indiferente o no existe.
Apoyo social percibido	Cuantitativa Independiente Discreta	Escala de Zimet	Apoyo Familiar Apoyo de Amigos Apoyo de otros significativos
Funcionamiento familiar	Cualitativa Independiente Ordinal	Test FF-SIL	Familia funcional Familia moderadamente funcional Familia disfuncional Familia severamente disfuncional

Variable dependiente

<p>Depresión postparto</p>	<p>Cuantitativa</p> <p>Dependiente</p> <p>Discreta</p>	<p>Escala de Beck</p>	<p>Ánimo</p> <p>Pesimismo</p> <p>Sensación de fracaso</p> <p>Insatisfacción</p> <p>Culpa</p> <p>Irritabilidad</p> <p>Ideas suicidas</p> <p>Llanto</p> <p>Aislamiento social</p> <p>Indecisión</p> <p>Cambios en el aspecto físico</p> <p>Dificultad en el trabajo</p> <p>Insomnio</p> <p>Fatigabilidad</p> <p>Pérdida del apetito</p> <p>Pérdida de peso</p> <p>Preocupación somática</p> <p>Pérdida de la libido</p>
----------------------------	--------------------------------------------------------	-----------------------	-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------



Anexo 2

Universidad de Concepción
Dirección de Postgrado
Magíster en Salud Reproductiva

Tesis para optar a grado de Magíster en
Salud Reproductiva

“Caracterización del apoyo social durante el postparto y la presencia de depresión materna”

AMBITO SOCIODEMOGRAFICO

1-Edad (en años cumplidos): _____

2-Estado civil:

- a) Casada
- b) Soltera
- c) Pololea
- d) Viuda
- e) Separada
- f) Convive



3- Escolaridad: elija la alternativa que más la represente.

- a) Básica incompleta (Menos de 8 años de Enseñanza básica)
- b) Básica completa incompleta (Finalizó octavo básico)
- c) Media incompleta (Menos de 4 años de enseñanza media)
- d) Media Completa (Se graduó de cuarto año de enseñanza media)
- e) Superior incompleta (Cualquier carrera que no haya terminado de titularse)
- f) Superior completa (Ha obtenido su título profesional)

4- Ocupación: actividad en la que se desempeña habitualmente:

- a) Sin ocupación
- b) Estudiante
- c) Trabajo remunerado
- d) Trabajo doméstico no remunerado
- e) Trabajo familiar no remunerado

5- La casa en la que vive la ocupan como:

- a) Dueño
- b) Arrendatario
- c) Usufructuario (trabajo le da la vivienda)
- d) Toma de sitio
- e) Allegado

6- Tipo de vivienda:

- a) Casa
- b) Departamento
- c) Pieza en casa antigua o conventillo
- d) Mediagua o mejora
- e) Rancho o choza
- f) Vivienda precaria
- g) Vivienda precaria de materiales reutilizados

AMBITO GINECO-OBSTÉTRICO

7- Número de embarazos: _____

8- Número de Partos: _____

9- Número de abortos: _____

Con respecto a su último embarazo responda:

10- Meses postparto cumplidos _____

11- Tipo de parto:

- a) Normal
- b) Cesárea programada
- c) Cesárea de urgencia
- d) Fórceps

12- Lugar del parto:

- a) Hospital público
- b) Clínica Privada
- c) Domicilio
- d) Otro lugar _____



13- ¿Fue usted acompañada en el trabajo de parto o parto?:

- a) Si
- b) No

Si su respuesta es SI por favor conteste la siguiente pregunta , si su respuesta es No por favor pase a la pregunta 15.

14- ¿Quién la acompañó en el trabajo de parto o parto?:

- a) Madre
- b) Pareja (Padre de su hijo)
- c) Amigo
- d) Otro _____

15- ¿Su embarazo fue planificado? (Usted se preparó con anticipación para embarazarse):

- a) Si
- b) No

16-¿Se le diagnosticó alguna enfermedad durante el último embarazo?

- a) Si
- b) No

17- Si tuvo alguna enfermedad por favor señálela:

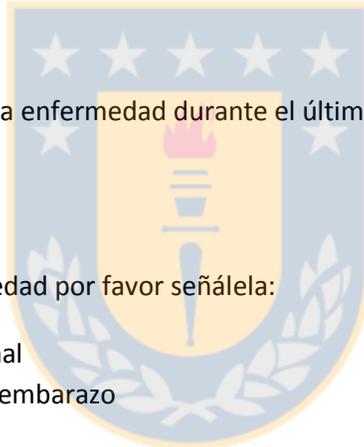
- a) Diabetes Gestacional
- b) Hipertensión en el embarazo
- c) Anemia
- d) Infección urinaria
- e) Otro _____

18- ¿Tenía alguna enfermedad diagnosticada antes de embarazarse?

- a) Si
- b) No

19- Si usted tenía una enfermedad antes de embarazarse por favor señálela:

- a) Diabetes Mellitus
- b) Hipertensión crónica
- c) Asma
- d) Hipotiroidismo
- e) Otra: _____



20- En este momento, ¿qué tipo de lactancia otorga a su bebé?:

- a) Lactancia exclusiva (Usted sólo da pecho materno).
- b) Lactancia mixta (Usted da pecho y leche en polvo).
- c) Lactancia artificial (Usted sólo alimenta a su hijo con leche en polvo)
- d) Leche materna más alimentos sólidos.
- e) Leche artificial más alimentos sólidos.

21- Señale el tiempo que Usted dio pecho exclusivo: _____ meses.

AMBITO RELACIONAL.

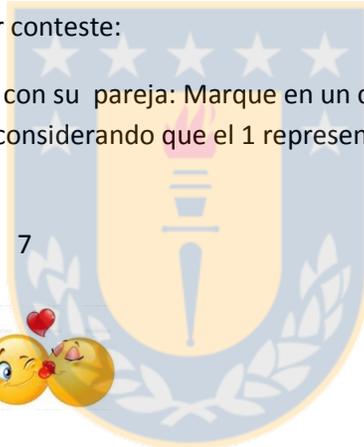
¿Ud se encuentra en alguna relación?

- a) Si
- b) No

Si su respuesta es “sí” favor conteste:

22- En cuanto a su relación con su pareja: Marque en un círculo en la siguiente escala del 1 al 7 su relación de pareja, considerando que el 1 representa una relación muy mala y el 7 una relación muy buena.

1 2 3 4 5 6 7



23- ¿Ud vive con su pareja?

- a) Si
- b) No

Si su respuesta es “sí” responda:

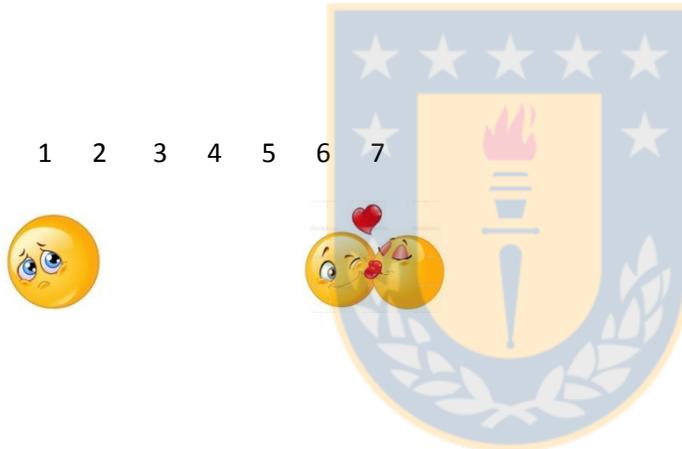
24- Tiempo de convivencia (relación permanente con su pareja compartiendo un techo).

- a) Menos de 1 año
- b) 1 año a 5 años
- c) Más de 5 años

25- Señale quién es para Ud su figura materna:

- a) Madre biológica
- b) Madre adoptiva
- c) Abuela materna
- d) Abuela paterna
- e) Tía
- f) Hermana
- g) Otro familiar
- h) Amiga
- i) No tiene

24- En cuanto a la relación con su figura materna: Marque en un círculo en la siguiente escala del 1 al 7 su relación con su madre considerando que el 1 representa una relación muy mala y el 7 una relación muy buena.



Anexo 3

INVENTARIO DE DEPRESIÓN DE BECK

1. Tristeza

- a) No me siento triste habitualmente
- b) Me siento triste gran parte del tiempo
- c) Me siento triste continuamente
- d) Me siento tan triste o tan desgraciado que no puedo soportarlo.

2. Pesimismo

- a) No estoy desanimado sobre mi futuro
- b) Me siento más desanimado sobre mi futuro que antes
- c) No espero que las cosas salgan bien
- d) Siento que mi futuro es desesperanzador y que las cosas sólo empeorarán.

3. Sentimientos de fracaso

- a) No me siento fracasado
- b) He fracasado más de lo que debería
- c) Cuando miro atrás, veo fracaso tras fracaso
- d) Me siento una persona totalmente fracasado

4. Pérdida de placer

- a) Disfruto tanto como antes de las cosas que me gustan
- b) No disfruto de las cosas tanto como antes
- c) Obtengo muy poco placer de las cosas con las que antes disfrutaba
- d) No obtengo ningún placer de las cosas con las que antes disfrutaba

5. Sentimientos de culpa

- a) No me siento especialmente culpable
- b) Me siento culpable de muchas cosas que he hecho o debería haber hecho
- c) Me siento bastante culpable la mayor parte del tiempo
- d) Me siento culpable constantemente

6. Sentimientos de castigo

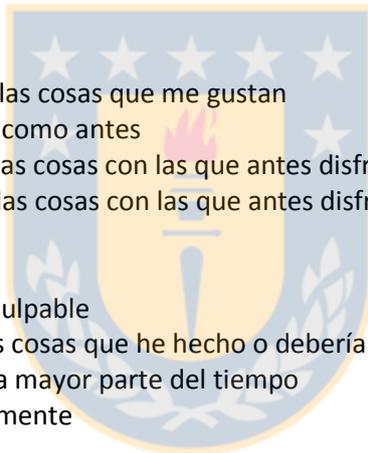
- a) No siento que este siendo castigado
- b) Siento que puedo ser castigado
- c) Espero ser castigado
- d) Siento que estoy siendo castigado

7. Insatisfacción con uno mismo

- a) Siento lo mismo que antes sobre mí mismo
- b) He perdido la confianza en mí mismo
- c) Estoy decepcionado conmigo mismo
- d) No me gusta

8. Autocríticas

- a) No me critico o me culpo más que antes
- b) Soy más crítico conmigo mismo de lo que solía ser
- c) Me critico por todos mis defectos
- d) Me culpo de mí mismo por todo lo malo que sucede



9. Pensamientos o deseos de suicidio

- a) No tengo ningún pensamiento de suicidio
- b) Tengo pensamientos de suicidio pero no los llevaría a cabo
- c) Me gustaría suicidarme
- d) Me suicidaría si tuviese la oportunidad

10. Llanto

- a) No lloro más de lo que solía hacerlo
- b) Lloro más de lo que solía hacerlo
- c) Lloro por cualquier cosa
- d) Tengo ganas de llorar continuamente, pero no puedo.

11. Agitación

- a) No estoy más inquieto o tenso que de costumbre
- b) Me siento más inquieto o tenso que de costumbre
- c) Estoy tan inquieto o agitado que me cuesta estar quieto
- d) Estoy tan inquieto o agitado que tengo que estar continuamente moviéndome o haciendo algo.

12. Perdida de interés

- a) No he perdido el interés por otras personas o actividades
- b) Estoy menos interesado que antes por otras personas o actividades
- c) He perdido la mayor parte de mi interés por los demás o por las cosas
- d) Me resulta difícil interesarme en algo

13. Indecisión

- a) Tomo decisiones como siempre
- b) Tomar decisiones me resulta más difícil que de costumbre
- c) Tengo muchas más dificultades en tomar decisiones que de costumbre
- d) Tengo problemas para tomar cualquier decisión

14. Inutilidad

- a) No me siento inútil
- b) No me considero tan valioso y útil como solía ser
- c) Me siento inútil en comparación con otras personas
- d) Me siento completamente inútil

15. Perdida de energía

- a) Tengo tanta energía como siempre
- b) Tengo menos energías de la que solía tener
- c) No tengo suficiente energía para hacer muchas cosas
- d) No tengo suficiente energía para hacer nada

16. Cambios en el patrón de sueño

- a) No he experimentado ningún cambio en mi patrón de sueño
- b) Duermo algo más de lo habitual
- c) Duermo algo menos de lo habitual
- d) Duermo mucho más de lo habitual
- e) Duermo mucho menos de lo habitual
- f) Duermo la mayor parte del día
- g) Me despierto 1 o 2 horas más temprano y no puedo volver a dormir.

17. Irritabilidad

- a) No estoy más irritable de lo habitual
- b) Estoy más irritable de lo habitual
- c) Estoy mucho más irritable de lo habitual
- d) Estoy irritable continuamente

18. Cambios en el apetito

- a) No he experimentado ningún cambio en mi apetito
- b) Mi apetito es algo menor de lo habitual
- c) Mi apetito es algo mayor de lo habitual
- d) Mi apetito es mucho menor que antes
- e) Mi apetito es mucho mayor que antes
- f) He perdido completamente el apetito
- g) Tengo ganas de comer continuamente

19. Dificultad de concentración

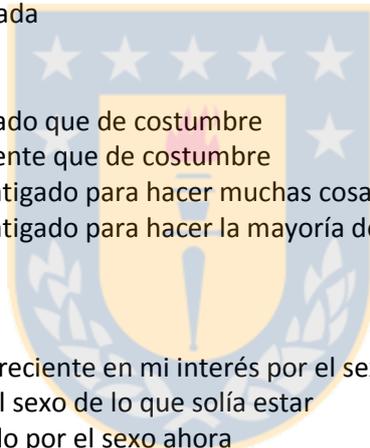
- a) Puedo concentrarme tan bien como siempre
- b) No puedo concentrarme tan bien como habitualmente
- c) Me cuesta mantenerme concentrado en algo durante mucho tiempo
- d) No puedo concentrarme en nada

20. Cansancio o fatiga

- a) No estoy más cansado o fatigado que de costumbre
- b) Me canso o fatigo más fácilmente que de costumbre
- c) Estoy demasiado cansado o fatigado para hacer muchas cosas que antes solía hacer
- d) Estoy demasiado cansado o fatigado para hacer la mayoría de las cosas que antes solía hacer

21. Libido

- a) No he notado ningún cambio reciente en mi interés por el sexo.
- b) Estoy menos interesado por el sexo de lo que solía estar
- c) Estoy mucho menos interesado por el sexo ahora
- d) He perdido completamente mi interés por el sexo.



Anexo 4

ESCALA MULTIDIMENSIONAL DE APOYO SOCIAL PERCIBIDO DE ZIMET

Instrucciones: marque con una cruz donde corresponda.

	Casi nunca	A veces	Con frecuencia	Casi siempre o siempre
1. FAMILIA				
a) Mi familia realmente trata de ayudarme				
b) Yo consigo ayuda emocional y apoyo de mi familia				
c) Yo puedo conversar sobre mis problemas con mi familia				
d) La familia está siempre atenta a ayudarme en toma de decisiones				
2. AMIGOS				
a) Mis amigos realmente tratan de ayudarme				
b) Yo puedo contar con mis amigos cuando las cosas salen mal				
c) Yo tengo amigos con quienes puedo compartir mis alegrías y tristezas				
d) Yo puedo conversar sobre mis problemas con mis amigos				
3. OTROS SIGNIFICATIVOS				
a) Hay una persona especial a mi lado cuando estoy en necesidad				
b) Hay una persona especial con quien compartir mis alegrías y tristezas				
c) Tengo una persona especial que es una real fuente de consuelo y apoyo para mí				
d) Hay una persona especial con quien puedo compartir mis sentimientos.				

Anexo 5

TEST FF-SIL DE FUNCIONAMIENTO FAMILIAR

A continuación se le presenta una escala autoaplicada cuyo objetivo es determinar el nivel de funcionamiento familiar, por lo cual le invito a completarla de acuerdo a su percepción no dejando ningún casillero en blanco por favor, pues afectaría el puntaje final obtenido. Marque con una X el casillero que corresponda.

		Casi Nunca (a)	Pocas Veces (b)	A Veces (c)	Muchas Veces (d)	Casi Siempre (e)
1	Se toman decisiones entre todos para cosas importantes de la familia.					
2	En mi casa predomina la armonía.					
3	En mi familia cada uno cumple sus responsabilidades					
4	Las manifestaciones de cariño forman parte de nuestra vida cotidiana.					
5	Nos expresamos sin insinuaciones, de forma clara y directa					
6	Podemos aceptar los defectos de los demás y sobrellevarlos					
7	Tomamos en consideración las experiencias de otras familias ante situaciones diferentes.					
8	Cuando alguien de la familia tiene un problema los demás ayudan					
9	Se distribuyen las tareas de forma que nadie esté sobrecargado.					
10	Las costumbres familiares pueden modificarse ante determinadas situaciones					
11	Podemos conversar diversos temas sin temor					
12	Ante una situación familiar difícil somos capaces de buscar ayuda en otras personas.					
13	Los intereses y necesidades de cada cual son respetados por el núcleo familiar					
14	Nos demostramos el cariño que nos tenemos					

El test de FF-SIL consta de 14 proposiciones y 7 categorías que definen el funcionamiento familiar:

1. Cohesión: ítems 1 y 8
2. Armonía: ítems 2 y 13
3. Comunicación: ítems 5 y 11
4. Adaptabilidad: ítems 6 y 10
5. Afectividad: ítems 4 y 14
6. Roles: ítems 3 y 9
7. Permeabilidad: ítems 7 y 12



Anexo 6



De Directora Cefam Lorenzo Arenas
Concepción, Agosto 2013

Como Directora del CESFAM Lorenzo Arenas, autoriza la determinación del Comité de Ética con fecha 20/08/2013 de aprobar el siguiente estudio de investigación:

"Caracterización del apoyo social durante el postparto y la presencia de depresión materna." de Paulina Sobarzo Rodríguez



SRA. DENISE BASCUR RIQUELME
DIRECTORA CESFAM LORENZO ARENAS

Cc/
• Dirección

Anexo 7



Consentimiento Informado



Proyecto de investigación

A usted se le ha invitado a participar en una investigación conducida por Paulina Sobarzo R, Matrona, Tesista de Magíster en Salud Reproductiva de la Universidad de Concepción.

El objetivo de este estudio es identificar la influencia que podría ejercer el apoyo social en la Depresión Postparto. Si usted accede a participar en este estudio, se le pedirá responder una encuesta y 3 cuestionarios que evalúan diversos aspectos de esta temática.

La participación en este estudio es voluntaria. En caso de detectar alteraciones en el ámbito psicosocial, se accederá a una atención integral y familiar de mi problema por los profesionales adecuados según el Sistema de Garantías Explícitas de Salud (GES). La información que se recoja será confidencial y no se usará para ningún otro propósito fuera de los de esta investigación. Sus respuestas al cuestionario serán codificadas usando un número de identificación y por lo tanto, serán anónimas. Una vez transcritos los resultados, se eliminarán los cuestionarios.

Si tiene alguna duda sobre este proyecto, puede hacer preguntas en cualquier momento durante su participación en él. Igualmente, puede retirarse del proyecto en cualquier momento sin que eso lo perjudique en ninguna forma.

Desde ya le agradecemos su participación.

Acepto participar voluntariamente en esta investigación y he sido informada de mis derechos. Reconozco que la información que yo provea en el curso de esta investigación es estrictamente confidencial.

Si presento alguna duda puedo dirigirme al correo: paulisobarzo@udec.cl

Nombre del Participante

Firma del Participante

Rut del Participante

Fecha

Firma del Profesional

Anexo 8 Antecedentes obstétricos en puérperas con y sin depresión postparto.

Ítems	Depresión postparto				T de Student	p
	Presente		Ausente			
Nº embarazos	\bar{X} 2,05 (DE1,802) 1 - 9		\bar{X} 1,73 (DE1,113) 1 - 6		0,936	0,353
Nº partos	\bar{X} 1,95 (DE 1,431) 7 - 7		\bar{X} 1,53 (DE 0,835) 1 - 4		1,587	0,117
Nº abortos	\bar{X} 0,10 (DE 0,436) 0 - 3		\bar{X} 0,25 (DE 0,512) 0 - 3		-0,941	0,350
Meses postparto	\bar{X} 4,71 (DE 3,926) 1 -12		\bar{X} 5,85 (DE 3,477) 1 - 11		-1,233	0,221
					X^2	p
Embarazo planificado	n	%	n	%	0,154	0,695
si	7	33,3	21	38,1		
no	14	66,7	34	61,8		
Presencia de patologías en el embarazo					0,61	,805
si	7	33,3	20	36,4		
no	14	66,7	35	63,6		
Tipo de patología en el embarazo					Coef Cont	p
Diabetes gestacional	1	14,3	8	40	0,463	0,118
Síndrome hipertensivo	0	0	3	15		
Anemia	1	14,3	4	20		
Infección urinaria	3	42,8	1	5		
Otras	2	28,6	4	20		
Presencia de patología pregestacional					X^2	p
si	3	14,3	9	16,4	0,049	0,824
no	18	85,7	46	83,6		
Tipo de patología pregestacional					Coef Cont	p
Hipertensión crónica	0	0	1	11,1	0,175	0,827
Hipotiroidismo	1	33,3	3	33,3		
Otra	2	66,7	5	55,5		

	Depresión postparto					
Tipo de parto	Presente		Ausente		Coef. Cont	p
Vaginal	8	38,1	29	52,7	0,293	0,068
Cesárea programada	3	14,3	15	27,3		
Cesárea de urgencia	10	47,6	10	18,2		
Fórceps	0	0	1	1,8		
Lugar del parto					Coef. Cont.	p
Hospital público	12	57,1	37	67,3	0,681	0,409
Clínica privada	9	42,9	18	32,7		
Acompañada en el trabajo de parto o parto					X ²	p
Si	17	81	48	87,3	0,490	0,484
No	4	19	7	12,7		
Acompañante					Coef Cont	p
Pareja	15	88,2	43	89,6	0,036	0,958
Madre	1	5,9	3	6,2		
Otro	1	5,9	2	4,2		
Tipo de lactancia					Coef. Cont	p
Lactancia exclusiva	8	38,1	23	41,8	0,250	0,410
Lactancia mixta	6	28,6	9	16,4		
Lactancia artificial	1	4,8	2	3,6		
Lactancia materna y sólidos	4	19	14	25,4		
Lactancia artificial y sólidos	1	4,8	7	12,7		
Lactancia mixta y sólidos	1	4,8	0	0		
Se encuentra en lactancia exclusiva					X ²	p
Si	8	38,1	23	41,8	0,87	0,768
No	13	61,9	32	58,1		

Anexo 9 Antecedentes relacionales con respecto a la pareja y la madre en puérperas con y sin depresión.

	Depresión postparto				X ²	p
	Presente		Ausente			
	n	%	n	%		
Se encuentra en una relación					3,358	0,067
si	17	81	52	94,5		
no	4	19,4	3	5,5		
Vive con su pareja					0,195	0,659
si	13	61,9	37	67,3		
no	8	38,1	18	32,7		
Tiempo de convivencia con su pareja					1,397	0,497
Menos de 1 año	1	7,7	7	18,9		
1 año a 5 años	7	53,8	14	37,8		
Más de 5 años	5	38,5	16	43,2		
Figura materna					Coef Cont	p
Madre biológica	18	85,7	51	92,7	0,273	0,105
Abuela materna	2	9,5	1	1,8		
Hermana	1	4,8	0	0		
No tiene	0	0	3	5,4		

Anexo 10 Puntajes obtenidos por ítem en la escala MSPSS de Zimet, según presencia o ausencia de depresión postparto.

Ítem	Depresión postparto				T de Student	p
	Presente		Ausente			
Familia	\bar{X}	DE	\bar{X}	DE		
Mi familia realmente trata de ayudarme	3,43	0,811	3,53	0,766	0,494	0,623
Yo consigo ayuda emocional y apoyo de mi familia	2,90	0,889	3,49	0,858	2,637	0,010*
Yo puedo conversar sobre mis problemas con mi familia	2,29	1,056	3,33	0,904	4,287	0,000***
La familia está siempre atenta a ayudarme en toma de decisiones	2,48	1,209	3,36	0,910	3,460	0,001**
Amigos						
Mis amigos realmente tratan de ayudarme	2,57	1,326	2,69	0,979	0,430	0,669
Yo puedo contar con mis amigos cuando las cosas salen mal	2,38	1,203	2,65	1,075	0,960	0,340
Yo tengo amigos con quienes puedo compartir mis alegrías y tristezas	2,48	1,289	2,98	1,080	1,729	0,088
Yo puedo conversar sobre mis problemas con mis amigos	2,57	1,326	2,98	1,063	1,404	1,165
Otros significativos						
Hay una persona especial a mi lado cuando estoy en necesidad	2,86	1,153	3,53	0,813	2,848	0,006**
Hay una persona especial con quien compartir mis alegrías y tristezas	3,00	1,140	3,58	0,854	2,413	0,018*
Tengo una persona especial que es una real fuente de consuelo y apoyo para mí	2,71	1,146	3,73	0,622	4,945	0,000***
Hay una persona especial con quien puedo compartir mis sentimientos.	2,90	1,136	3,75	0,615	4,146	0,000***