

UNIVERSIDAD HISPANOAMERICANA
CARRERA DE ENFERMERÍA

Tesis para optar por el grado académico de
Licenciatura en Enfermería

FACTORES DE RIESGO DE LAS
MUJERES PARA EL DESARROLLO DE LA
DEPRESIÓN POSTPARTO SEGÚN SIGNOS
Y SÍNTOMAS, USUARIAS QUE
PERTENECEN AL ÁREA DE SALUD
COOPESIBA, II CUATRIMESTRE 2018

MARIA FERNANDA BRENES FONSECA

San José, 2018

TABLA DE CONTENIDOS

CAPÍTULO I	11
PROBLEMA DE LA INVESTIGACIÓN	11
1.1.2 Delimitación del problema.	16
1.1.3 Justificación.	16
1.2 REDACCIÓN DEL PROBLEMA CENTRAL: PREGUNTA DE LA INVESTIGACIÓN	18
1.3 OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN	18
1.3.1 Objetivo general.	18
1.3.2 Objetivos específicos.	18
1.4 ALCANCES Y LIMITACIONES.....	19
CAPÍTULO II	20
MARCO TEÓRICO	20
2.1.1 Depresión postparto.....	21
2.1.2 Trastornos afectivos.....	21
2.1.3 Depresión postparto sin psicosis.....	23
2.1.4 La depresión postparto con psicosis.....	24
2.1.5 Prevalencia de la depresión posparto.....	25
2.1.6 Factores de riesgo.	26
2.1.7 Política Nacional de Salud Mental 201-2021.....	36
2.1.8 Situación actual de salud mental en Costa Rica.....	39
2.1.9 Guía de atención integral a las mujeres, niños y niñas en el periodo prenatal, parto y postparto.	43
2.2 Modelos y teorías	45
CAPÍTULO III	49
MARCO METODOLÓGICO	49
3.1 ENFOQUE DE INVESTIGACIÓN	50
3.2 TIPO DE INVESTIGACIÓN	50
3.3 UNIDAD DE ANÁLISIS U OBJETOS DE ESTUDIO	50
3.3.1 Población.	50
3.3.2 Muestra.	50
3.3.3 Criterios de inclusión y exclusión.	51
3.4 INSTRUMENTOS PARA LA RECOLECCIÓN DE LA INFORMACIÓN	51
3.4.1 Validez del cuestionario.	52
3.4.2 Confiabilidad del cuestionario.....	52

3.5 DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN.....	52
3.6 OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES.....	54
CAPÍTULO IV.....	61
PRESENTACIÓN DE RESULTADOS.....	61
CAPÍTULO V.....	113
DISCUSIÓN E INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS.....	113
CAPÍTULO VI.....	123
CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.....	123
6.1. Conclusiones.....	124
6.2. Recomendaciones.....	126
BIBLIOGRAFÍA.....	127
ANEXOS.....	133
Consentimiento informado.....	180
Cartas de aprobación.....	183

ÍNDICE DE FIGURAS

Distribución porcentual de la población según edad.-----	
62	
Distribución porcentual de usuarios (as) según su estado civil. _____	63
Distribución porcentual de usuarios (as) según su nivel de escolaridad. _____	64
Distribución porcentual de usuarios (as) según la religión que profesa. _____	65
Distribución porcentual de usuarios (as) según número de hijos. _____	66
Distribución porcentual de usuarios (as) según el tipo de parto. _____	67
Distribución porcentual de usuarios (as) según su ingreso económico mensual. _____	68
Distribución porcentual de usuarios (as) según su ingreso económico para cubrir servicios básicos. _____	69
Distribución porcentual de usuarios (as) según el número de habitantes por casa. _____	70
Distribución porcentual según número de habitaciones en el hogar. _____	71
Distribución porcentual de usuario (as) s según su condición de vivienda. _____	72
Distribución porcentual de usuarios (as) según las condiciones estructurales de sus hogares. _____	73
Distribución porcentual de usuarios (as) según su conocimiento en la depresión postparto	74
Distribución porcentual de usuarios (as) según el medio por el cual obtuvieron información sobre la depresión postparto. _____	75
Distribución porcentual de usuarios (as) según sus síntomas de ansiedad durante su gestación. _____	76
Distribución porcentual de usuarios (as) que tuvieron una gestación planeada. _____	77
Distribución porcentual de usuarios (as) que han padecido de depresión. _____	78
Distribución porcentual de usuarios (as) según el tiempo que experimentó la depresión postparto. _____	79
Distribución porcentual de usuarios (as) según prescripción médica para la depresión postparto. _____	80
Distribución porcentual de usuarios (as) según antecedentes familiares o personales de depresión postparto. _____	81
Distribución porcentual de usuarios (as) según su percepción de autoestima. _____	82
Distribución porcentual de usuarios (as) según su percepción de sí misma. _____	83
Distribución porcentual de usuarios (as) según percepción de sentirse útil en la sociedad. _____	84
Distribución porcentual de usuarios (as) según percepción de que posee buenas cualidades como persona y mujer. _____	85
Distribución porcentual de usuarios (as) según su percepción en su relación de ser madre. _____	86
Distribución porcentual de usuarios (as) según apoyo familiar en el rol de madre. _____	87
Distribución porcentual de usuarios (as) según apoyo emocional por parte de su familia. _____	88

Distribución porcentual de usuarios (as) según apoyo emocional adecuado por parte de su pareja. _____	89
Distribución porcentual de usuarias según apoyo en las tareas domésticas por parte de su pareja sentimental. _____	90
Distribución porcentual de usuarias según su nivel de confianza para pedir ayuda a su pareja sentimental. _____	91
Distribución porcentual de usuarias según satisfacción con su situación de convivencia en pareja. _____	92
Distribución porcentual de usuarias según inconvenientes de pareja desde la llegada de sus hijas (os). _____	93
Distribución porcentual de usuarias según percepción de su relación de pareja como una buena relación sentimental. _____	94
Distribución porcentual de usuarias según sí ha experimentado recientemente la muerte de un familiar. _____	95
Distribución porcentual de usuarias según experiencia reciente de enfermedad de un familiar. _____	96
Distribución porcentual de usuarias según experiencia reciente de cambios en su residencia. _____	97
Distribución porcentual de usuarias según presencia de problemas financieros recientemente. _____	98
Distribución porcentual de usuarias según experiencia reciente de desempleo. _____	99
Distribución porcentual de usuarias según experiencia reciente de problemas matrimoniales. _____	100
Distribución porcentual de usuarias según sí su hijo (a) según presencia de problemas de alimentación en su hija (o). _____	101
Distribución porcentual de usuarias según presencia de problemas de sueño en el niño (a). _____	102
Distribución porcentual de usuarias según presencia de problemas de salud en el niño (a). _____	103
Distribución porcentual de usuarias según presencia de problemas para calmar o consolar a su niño (a). _____	104
Distribución porcentual de usuarias según presencia de problemas en el niño(a) como la irritabilidad y el nerviosismo. _____	105
Distribución porcentual de usuarias según presencia de periodos de llanto o cambio de humor en la primera semana después del parto. _____	106
Distribución porcentual de usuarias según sí se siente identificada como la madre de si hijo o hija. _____	107
Distribución porcentual de usuarias según sentimientos de culpa cuando las cosas no salen bien. _____	108
Distribución porcentual de usuarias según sentimientos de ansiedad o estrés sin motivo. _____	109
Distribución porcentual de usuarias según sentimientos de miedo o pánico sin motivo. _____	110

Relación entre factores de riesgo, factores protectores y signos y síntomas de depresión
postparto_____111

Distribución porcentual de la población según edad.-----
131

Distribución porcentual de usuarios (as) según su estado civil._____ 132

Distribución porcentual de usuarios (as) según su nivel de escolaridad. _____ 133

Distribución porcentual de usuarios (as) según la religión que profesa. _____ 134

Distribución porcentual de usuarios (as) según número de hijos. _____ 135

Distribución porcentual de usuarios (as) según el tipo de parto. _____ 136

Distribución porcentual de usuarios (as) según su ingreso económico mensual._____ 137

Distribución porcentual de usuarios (as) según su ingreso económico para cubrir servicios
básicos. _____ 138

Distribución porcentual de usuarios (as) según el número de habitantes por casa. _____ 139

Distribución porcentual según número de habitaciones en el hogar. _____ 140

Distribución porcentual de usuario (as) s según su condición de vivienda. _____ 141

Distribución porcentual de usuarios (as) según las condiciones estructurales de sus hogares.
_____ 142

Distribución porcentual de usuarios (as) según su conocimiento en la depresión postparto
_____ 143

Distribución porcentual de usuarios (as) según el medio por el cual obtuvieron información
sobre la depresión postparto. _____ 144

Distribución porcentual de usuarios (as) según sus síntomas de ansiedad durante su
gestación. _____ 145

Distribución porcentual de usuarios (as) que tuvieron una gestación planeada. _____ 146

Distribución porcentual de usuarios (as) que han padecido de depresión. _____ 147

Distribución porcentual de usuarios (as) según el tiempo que experimentó la depresión
postparto. _____ 148

Distribución porcentual de usuarios (as) según prescripción médica para la depresión
postparto. _____ 149

Distribución porcentual de usuarios (as) según antecedentes familiares o personales de
depresión postparto. _____ 150

Distribución porcentual de usuarios (as) según su percepción de autoestima. _____ 151

Distribución porcentual de usuarios (as) según su percepción de sí misma. _____ 152

Distribución porcentual de usuarios (as) según percepción de sentirse útil en la sociedad.
_____ 153

Distribución porcentual de usuarios (as) según percepción de que posee buenas cualidades
como persona y mujer. _____ 154

Distribución porcentual de usuarios (as) según su percepción en su relación de ser madre.
_____ 155

Distribución porcentual de usuarios (as) según apoyo familiar en el rol de madre.	156
Distribución porcentual de usuarios (as) según apoyo emocional por parte de su familia.	157
Distribución porcentual de usuarios (as) según apoyo emocional adecuado por parte de su pareja.	158
Distribución porcentual de usuarias según apoyo en las tareas domésticas por parte de su pareja sentimental.	159
Distribución porcentual de usuarias según su nivel de confianza para pedir ayuda a su pareja sentimental.	160
Distribución porcentual de usuarias según satisfacción con su situación de convivencia en pareja.	161
Distribución porcentual de usuarias según inconvenientes de pareja desde la llegada de sus hijas (os).	162
Distribución porcentual de usuarias según percepción de su relación de pareja como una buena relación sentimental.	163
Distribución porcentual de usuarias según sí ha experimentado recientemente la muerte de un familiar.	164
Distribución porcentual de usuarias según experiencia reciente de enfermedad de un familiar.	165
Distribución porcentual de usuarias según experiencia reciente de cambios en su residencia.	166
Distribución porcentual de usuarias según presencia de problemas financieros recientemente.	167
Distribución porcentual de usuarias según experiencia reciente de desempleo.	168
Distribución porcentual de usuarias según experiencia reciente de problemas matrimoniales.	169
Distribución porcentual de usuarias según sí su hijo (a) según presencia de problemas de alimentación en su hija (o).	170
Distribución porcentual de usuarias según presencia de problemas de sueño en el niño (a).	171
Distribución porcentual de usuarias según presencia de problemas de salud en el niño (a).	172
Distribución porcentual de usuarias según presencia de problemas para calmar o consolar a su niño (a).	173
Distribución porcentual de usuarias según presencia de problemas en el niño(a) como la irritabilidad y el nerviosismo.	174
Distribución porcentual de usuarias según presencia de periodos de llanto o cambio de humor en la primera semana después del parto.	175
Distribución porcentual de usuarias según sí se siente identificada como la madre de sí hijo o hija.	176
Distribución porcentual de usuarias según sentimientos de culpa cuando las cosas no salen bien.	177

Distribución porcentual de usuarias según sentimientos de ansiedad o estrés sin motivo. 178
Distribución porcentual de usuarias según sentimientos de miedo o pánico sin motivo. 179

RESUMEN

Introducción: La depresión postparto es un trastorno del ánimo asociado al nacimiento con síntomas, que se muestran en el puerperio, que se caracterizan por ser incapacitantes y de difícil afrontamiento. **Objetivo general:** Determinar los factores de riesgo de las mujeres para el desarrollo de la depresión postparto, según signos y síntomas, usuarias que pertenecen al Área de Salud COOPESIBA, I cuatrimestre 2018. **Metodología:** Se utiliza una muestra de 202 mujeres entre los 12 y 39 años, que se encuentran en etapa de postparto, a las cuales se les evalúan los diferentes factores de riesgo para el desarrollo de depresión postparto, por medio de un cuestionario de 52 preguntas, en el cual se evidencian los diferentes factores de riesgo presentes en las mujeres. **Resultados:** El 43% se encuentra en el grupo etario de 30 a 39 años; el 62% tiene un parto vaginal; el 83% tiene conocimiento sobre la depresión postparto; el 53% presenta ansiedad durante la gestación; un 64% experimenta depresión postparto con anterioridad; y un 36% nunca ha experimentado la patología. **Discusión:** Dentro de los factores de riesgo para el desarrollo de la depresión postparto, los más significativos son la presencia de ansiedad en el embarazo, aunque sea una gesta planeada, el antecedente de haber padecido una patología psiquiátrica depresiva, la presencia de familiares con enfermedades psiquiátricas y dificultades económicas y laborales. **Conclusiones:** Se logra establecer una relación entre los factores de riesgo para la depresión postparto y la aparición de signos y síntomas para la misma; sin embargo, se debe tomar en cuenta la presencia de factores protectores que presente la madre. **Palabras clave:** Depresión postparto, puerperio, factores de riesgo.

Summary

Introduction: Postpartum depression is a disorder of the state of mind that is related to the birth of a child, it has symptoms that are shown in the postpartum stage, they can be disablers and hard to deal with for a woman. **Main objective:** Determine the risk factors for women to develop postpartum depression according to the signs and symptoms, users that belong to COOPESIBA health care area, 2018 first quarter. **Methodology:** A sample of 202 women is used, between the ages of 12 to 39 years old, that are in postpartum stage, they will be evaluated for the different risk factors to develop postpartum depression, it will be used a pool of 52 questions to determine the different risk factors that women have. **Results:** 43% of women are between the ages of 30 to 39 years old, 62% had a vaginal delivery, 83% did not have knowledge about postpartum depression, 53% had anxiety during pregnancy, 64% had postpartum depression in a previous pregnancy and 36% never had experience postpartum depression. **Discussion:** The most meaningful risk factors for postpartum depression were anxiety during pregnancy, eventhood if it was a planned pregnancy, had experience any depressive psychiatric pathology, if had family that have experience depressive disorders and work-related difficulties. **Conclusions:** It can establish a relationship between the risk factors and the signs and symptoms for postpartum depression, however, it is important to notice the protector factor that the mother can have in her life. **Key words:** Postpartum depression, puerperium, risk factors.

CAPÍTULO I

PROBLEMA DE LA INVESTIGACIÓN

1.1 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

1.1.1 Antecedentes del problema.

Antecedentes internacionales del problema

La depresión postparto es un trastorno del ánimo asociado al nacimiento con síntomas, que se muestran en el puerperio, que se caracterizan por ser incapacitantes y de difícil afrontamiento. A su vez, su diagnóstico es difícil, ya que la sintomatología puede relacionarse a la adaptación normal de puerperio. Dois et al.⁽¹⁾

Hace más de 2000 años se tiene conocimiento sobre los trastornos afectivos en las mujeres en la etapa del puerperio, así lo describe Hipócrates en sus estudios. En el año 1926, los psiquiatras Edward Adamn Strecker y Franklin Ebaugh concluyen que las alteraciones afectivas en el postparto se pueden clasificar de diferentes maneras, pero ninguna de ellas es propia de la maternidad.

En Chile, en el año 2015, se realiza un estudio sobre la depresión postparto, en el cual se demuestra que el 85% de las mujeres experimentan algún tipo de depresión en las primeras cuatro semanas del postparto, el cual se denomina *baby blues* o depresión postparto leve. Las mujeres presentan como síntomas pensamientos obsesivos sobre el cuidado del bebé, ansiedad y poca percepción del rol materno. El comportamiento debe tener una duración de dos semanas y presentar alteraciones en el funcionamiento cotidiano de la madre y el cuidado del niño.⁽⁴⁾

En Brasil, en el año 2013, se realiza un estudio sobre la actuación de enfermería frente a la depresión postparto en las consultas de puericultura, el cual demuestra que la incidencia de depresión postparto en este país es del 42%, causando grandes estragos en lo materno-

infantil y en la unidad familiar. El estudio busca sensibilizar a los profesionales de enfermería para que se dé una detección más oportuna y temprana, y, así, mejorar la salud mental de la madre, ya que es responsabilidad de enfermería guiar a la madre en este proceso.⁽³⁾

En México, en el año 2013, se realiza un estudio sobre las diferencias entre la depresión postparto, la psicosis postparto y la tristeza postparto, el cual presenta una incidencia de 80% para la depresión postparto leve o *baby blues*; un 30% para la depresión postparto; y se establece una relación de 1 a 2 casos por cada 1000 partos. Como factores de riesgo para la depresión postparto, este estudio destaca antecedentes de depresión y ansiedad, depresión postparto en embarazos previos, complicaciones obstétricas y embarazos no deseados.⁽⁷⁾

En Barcelona, España, en el año 2006, se realiza un estudio a 236 mujeres, sobre la detección precoz de la depresión postparto durante el embarazo y el postparto, en el cual se demuestra que la prevalencia de casos confirmados de depresión postparto en las primeras cuatro semanas es del 20%, y que si esta no es detectada y controlada a tiempo, aumenta el riesgo de morbilidad para la madre y el hijo. Se observa la relación de variables con la depresión postparto, de las cuales muestran prioridad el estado socioeconómico, apoyo familiar y antecedentes de trastornos depresivos mayores antes del embarazo.⁽²⁾

En Lima, Perú, en el año 2004, se realiza una investigación sobre la prevalencia y factores asociados a depresión postparto en establecimientos de salud del primer nivel de atención, utilizando la *Escala de Depresión Postparto de Edinburgo*. Se aplica a 261 madres con un promedio de edad de 27 años, evidenciando una prevalencia del 33%. A su vez, en el mismo estudio, se concluye que los factores estresantes, la baja autoestima y la poca ayuda social son los factores predisponentes para la depresión postparto.⁽⁵⁾

En Colombia, durante el periodo 2003-2004, se realiza una investigación sobre los factores de riesgo de la depresión postparto, en el cual participan 286 mujeres en etapa de postparto de 11 centros de asistencia del Área Metropolitana, de las cuales se presenta una incidencia de depresión postparto de 1.7%. Los factores asociados obtenidos en el estudio son los antecedentes personales de depresión, la falta de control prenatal y los antecedentes de disforia.⁽⁶⁾

Antecedentes nacionales del problema

En el año de 1988, se lleva a cabo un estudio dirigido a profesionales en psicología, en la Universidad de Costa Rica, para el tratamiento de mujeres, que padecen trastornos afectivos en el postparto, en el cual se llega a la conclusión que los trastornos de tipo afectivos son precipitados por diferentes factores, entre ellos se pueden destacar el incremento de estrógenos en el postparto, el estrés y la privación del sueño que experimenta la madre.⁽⁸⁾

En la Revista Médica de Costa Rica y Centroamérica, en el año 2016, se publica un estudio sobre la depresión postparto desde el punto de vista ginecológico, en el cual se establece que la depresión postparto afecta al 15% de las mujeres, y a un 20% si es madre adolescente; asimismo, indica que, en ambos casos, los factores de riesgo más frecuentes son los cuadros de depresión durante el embarazo, antecedentes psiquiátricos familiares, eventos estresores como el divorcio y cuando es un embarazo no deseado.⁽¹²⁾

En el 2015, se realiza una investigación en la UCR, sobre el desempeño de las doulas en la atención de la mujer y su familia durante el periodo gestacional, parto y post parto. Indican la importancia de identificar los sentimientos, que tenga la madre acerca de lo

experimentado en el parto, para poder rescatar lo positivo de la experiencia; y así poder evitar que la madre experimente la depresión postparto. ⁽¹¹⁾

En la Revista Médica de Costa Rica y Centroamérica en el 2013, se publica un análisis de la depresión postparto, en el cual se señala que la depresión postparto se manifiesta entre las dos y cuatro semanas después del parto y que se le debe prestar importancia a los factores de riesgo, como depresión durante el embarazo, relación disfuncional de pareja, apoyo social inadecuado y acontecimientos estresantes en el postparto. ⁽¹⁰⁾

En el año 2010, en la Universidad de Costa Rica (UCR), se realiza un estudio sobre las necesidades educativas de las madres adolescentes acerca de la etapa de postparto, en el cual se entrevista a 13 madres, de las cuales nueve desconocen los cambios de ánimo, que ocurren en el postparto y solo tres tienen conocimiento sobre el tema de depresión postparto. ⁽⁹⁾

Para Langer ⁽¹³⁾, el embarazo no deseado o no planeado influye directamente en el estado anímico de la mujer, ya que va a haber sentimientos de rechazo hacia el embarazo y el bebé. Este factor se aparece, con más frecuencia, en mujeres con edades muy jóvenes o mujeres más adultas, en mujeres de baja escolaridad y de escasos recursos. Aunque no siempre se limita a estas características, ya que un embarazo puede ser no deseado si se presenta como producto de una violación.

Jadresic ⁽¹⁴⁾ indica, en su estudio de La depresión perinatal: detección y tratamiento, que se presenta en las mujeres como ansiedad o como un episodio depresivo mayor, igual al que se puede experimentar en cualquier momento de sus vidas. Los síntomas característicos son el

ánimo bajo, el desinterés por las actividades, deterioro de la autoestima y labilidad emocional.

El estrés por el cuidado del niño es un factor importante en el desarrollo de depresión postparto, así lo indica Póo⁽¹⁵⁾, el cuidado de un recién nacido conlleva una entrega total de la madre hacia su bebé, poniendo de lado sus otras responsabilidades. Existen factores que pueden agravar el estrés relacionado al cuidado del niño, como el apoyo por parte de la pareja o la familia, el número de hijos que tenga y si fue un parto múltiple.

Según Navarrete et al⁽¹⁶⁾, la ansiedad prenatal surge en las mujeres como una preocupación por su embarazo y el proceso de adaptación al mismo; suele ser un factor que, si no se trata a tiempo, puede preceder síntomas depresivos en el postparto, así mismo si la mujer cuenta con factores de riesgo como falta de apoyo social o una pareja inestable, pueden presentar síntomas depresivos en el periodo postparto.

1.1.2 Delimitación del problema.

La investigación se lleva a cabo con una muestra de 202 mujeres en etapa postnatal, en el periodo de setiembre a diciembre del año 2017, en el centro de salud COOPESIBA.

1.1.3 Justificación.

La presente investigación se justifica desde la relevancia social, ya que se desea identificar cuáles son los factores de riesgo, signos y síntomas de la depresión posparto, que se pueden presentar en una etapa temprana, para, así, disminuir o evitar la posibilidad de que la mujer sufra, y, a su vez, fortalecer el vínculo madre-hijo.

Según Maradiegue⁽¹⁷⁾, para el periodo 2010, la incidencia de un trastorno afectivo en las mujeres púerperas es de 0,15%, indicando que esta cifra es baja, lo que puede sugerir que

se está dando un subregistro de las pacientes, que presenten estos síntomas, ya que, en las consultas clínicas del postparto, no se diagnostica de manera adecuada a las mujeres y no se les brinda la importancia requerida; además, se ignoran los factores de riesgo que presenten las mujeres en etapa de embarazo y postparto.

En Costa Rica, existe la posibilidad de un sub-diagnóstico, que demuestra la desestimación de los síntomas de depresión postparto, ya que, desde la parte clínica, estos síntomas se les atribuyen a los cambios que sufre la mujer en su adaptación a la maternidad y no se les da la importancia, que requieren, ya que podrían estar enmascarando un problema afectivo mayor.⁽¹⁸⁾

La sintomatología es similar a los cambios que se espera con la llega de la maternidad. El profesional de salud puede confundir los síntomas y convertirse en una de las razones por las cuales no se brinda un diagnóstico adecuado a los trastornos afectivos. Chávez⁽¹⁸⁾ menciona que “se reconoce que, en la sintomatología, se dan elementos cruzados que no siempre son considerados”.

Asimismo, desde la perspectiva de género, la mujer en Costa Rica lleva un gran estigma de maternidad, del cual se espera su completa dedicación al hogar y a ser madre, dejando atrás sus emociones y sentimientos al respecto. Lo explica Vargas⁽⁸⁾, en su estudio, que, en las mujeres que presentan algún tipo de trastorno afectivo en la etapa de puerperio, se van a relacionar con la experiencia de maternidad, que vivieron o que viven en la actualidad, siendo así un factor desencadenante importante.

Por estos motivos, es importante conocer los factores de riesgo, que pueden presentar las mujeres en etapa de postparto para el desarrollo de la depresión postparto, como es el

número de hijos, la relación de pareja y el tipo de parto, entre otros, que van a ser detonantes para que presente susceptibilidad a este tipo de trastorno afectivo.

1.2 REDACCIÓN DEL PROBLEMA CENTRAL: PREGUNTA DE LA INVESTIGACIÓN

¿Cuáles son los factores de riesgo para el desarrollo de la depresión postparto, según signos y síntomas de las usuarias, que pertenecen al área de salud COOPESIBA, II cuatrimestre 2018?

1.3 OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN

1.3.1 Objetivo general.

Determinar los factores de riesgo de las mujeres para el desarrollo de la depresión postparto, según signos y síntomas, en usuarias que pertenecen al Área de Salud COOPESIBA, II cuatrimestre 2018.

1.3.2 Objetivos específicos.

Caracterizar sociodemográficamente a la población en estudio.

Identificar los factores de riesgo de las mujeres para el desarrollo de la depresión postparto, en el Área de Salud COOPESIBA, II cuatrimestre 2018.

Identificar los signos y síntomas de la depresión postparto de las usuarias, que pertenecen al Área de Salud COOPESIBA, II cuatrimestre 2018.

Establecer la relación entre los factores de riesgo y los signos y síntomas de la depresión postparto presentes en las usuarias, que pertenecen al Área de Salud COOPESIBA, II cuatrimestre 2018.

1.4 ALCANCES Y LIMITACIONES

No existen alcances ni limitaciones en la presente investigación.

CAPÍTULO II

MARCO TEÓRICO

2.1 CONTEXTO TEÓRICO-CONCEPTUAL

2.1.1 Depresión postparto.

La depresión postparto, de acuerdo con Medina-Serdan⁽⁷⁾, se define como un trastorno depresivo mayor, que va a tener como inicio la etapa del postparto, en el cual se deben cumplir con los criterios de ser un trastorno depresivo mayor de episodio único. A su vez, explica, que en el caso que la mujer no presente los criterios de episodio de, mayor, va a causar que se dificulte su diagnóstico.

Urdaneta M et al.⁽¹⁹⁾ mencionan que la depresión postparto es un estado depresivo mayor sin presencia de síntomas psicóticos y se va a manifestar en el primer año del postparto; dentro del cuadro clínico va a tener características que lo diferencian del trastorno depresivo mayor como lo es el incremento de la mortalidad materna y fetal.

Según O.F. Herrán-Falla⁽²⁰⁾, la depresión postparto es el trastorno afectivo más frecuente a nivel mundial, y se relaciona con un acontecimiento importante y de gran cambio como lo es el parto y el puerperio. De acuerdo con el DSM-5 (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders), las mujeres, generalmente, inician con episodios depresivos en la etapa de embarazo⁽²¹⁾. La nueva madre experimenta cambios a nivel hormonal y físicos que debe sobrellevar mientras aprende a ejercer su rol de madre.

2.1.2 Trastornos afectivos.

Los trastornos afectivos en el puerperio se dividen en tres tipos según su sintomatología y evolución, la depresión postparto leve, la depresión postparto sin psicosis y la psicosis

postparto. El más leve, también conocido como *baby blues* o *tristeza materna*, se va a definir como una leve depresión, que se identifica en las primeras dos semanas del postparto y es considerada como temporal y benigna; sin embargo, se considera como un factor de riesgo asociado a la prevalencia de depresión postparto. ⁽²²⁾

Por otra parte Medina-Serdán⁽⁷⁾ describe que el *baby blues* es una alteración del estado de ánimo, que tiene como causa principal el desequilibrio hormonal, psicológico y social, que experimenta la mujer después del parto y en las primeras semanas del postparto.

Entre los factores asociados a la tristeza materna, se pueden mencionar internamientos previos, eventos estresantes durante el embarazo, tener un hijo de género femenino, la terminación del embarazo por cesárea, sentimientos de depresión un mes antes del parto y el tabaquismo. Aunque se considera que es un estado depresivo pasajero, puede ser la primera etapa de la depresión postparto. ⁽²²⁾

Dentro del cuadro de sintomatología para el *baby blues*, Medina-Serdán⁽⁷⁾ indica que la irritabilidad, la tristeza, el llanto fácil y la desesperación por la dificultad de manejo del recién nacido son característicos en mujeres que experimentan este tipo de depresión postparto leve.

Así mismo para Arrebola⁽²³⁾, los signos y síntomas, que pueden presentar las mujeres con depresión postparto leve o *baby blues*, son el llanto fácil, el insomnio, estado de irritabilidad, tristeza, tensión emocional; sin embargo, estos no se presentan lo suficientemente fuerte para que logren interferir con la habilidad de cuidado del niño.

2.1.3 Depresión postparto sin psicosis.

La depresión postparto sin psicosis es cualquier enfermedad depresiva, no psicótica, que padezca la madre en el primer año después del parto. Se presenta después de las primeras seis semanas posteriores al parto, con una gran afinidad con síntomas de un trastorno depresivo mayor.⁽²⁴⁾

Tamires Alexandre et al.⁽³⁾ refieren que la depresión postparto sin psicosis es una enfermedad, que se manifiesta con un cuadro clínico específico, que conlleva grandes prejuicios para la madre y el hijo, el cual se empieza a manifestar cuando la madre interioriza los sentimientos de que no puede criar de manera apropiada a su hijo y que es mala madre. Ocurre de manera más frecuente en mujeres que han sufrido un aborto o un embarazo no deseado.

Las causas de la depresión postparto sin psicosis no se conocen, pero se pueden determinar cuáles son los factores que causan este tipo de trastorno. Así lo menciona Medina-Serdán⁽⁷⁾, los más comunes son la presencia de alteraciones psicológicas durante el embarazo, embarazo no deseado, falta de apoyo familiar y de pareja, abuso físico, emocional o sexual en la infancia y dificultades en la lactancia.

Según Medina-Serdán⁽⁷⁾, en sintomatología para la depresión postparto sin psicosis, la mujer va a experimentar llanto persistente, disminución de interés para disfrutar de las actividades, cansancio crónico, sentimientos de desvalorización, dificultad para vincularse con el bebé, dificultad en la lactancia materna, pensamientos de culpa y negativos hacia el bebé y pensamientos obsesivos y conductas compulsivas, como cuando la madre revisa, constantemente, al bebé cuando está dormido para vigilar si respira.

Para Rojas et al ⁽²⁵⁾, según el estudio de Caracterización de las madres deprimidas en el postparto, la sintomatología prevalente es de un estado de ánimo deprimido, anhedonia o pérdida de interés en las actividades, que antes le causaban placer, aumento o disminución del apetito, insomnio, fatiga y falta de energía, ideas de culpa y pensamientos de autodestrucción o suicidio.

2.1.4 La depresión postparto con psicosis.

La depresión postparto con psicosis o psicosis postparto se define como un trastorno psicótico leve con inicio en el postparto, es poco común ya que se presenta en dos mujeres por cada 1000 nacimientos, siendo más común en primíparas. Sin embargo, si la mujer ha presentado un trastorno psicótico previo al embarazo, tiene más posibilidad de que se vuelva a presentar en el puerperio.⁽⁷⁾

Lopez et al.⁽²⁶⁾ refieren que la psicosis postparto es una psicopatología afectiva, esquizoafectiva, psicótica inesperada, que se presenta en un caso de cada mil partos. Los factores más relevantes son la presencia de un trastorno afectivo como el trastorno bipolar, esquizofrenia, trastorno psicótico previo al embarazo, primer hijo de género masculino, toxicomanías y relaciones psico familiares conflictivas.

En este tipo de trastorno, la sintomatología inicia de manera violenta, así lo explica Medina-Serdán ⁽⁷⁾, que, entre el tercer y noveno día de postparto, la madre puede experimentar insomnio, incapacidad para descansar, irritabilidad, ansiedad e inestabilidad del estado de ánimo, más adelante se pueden presentar signos de confusión mental, preocupación excesiva y rechazo a la comida. En la etapa más aguda del trastorno, es donde se muestran propiamente la sintomatología delirante y alucinatoria, como las alteraciones

del pensamiento y lenguaje, perturbaciones de la percepción del tiempo, falta de contacto con la realidad y conducta desordenada.

Gómez⁽²⁷⁾ refiere que la sintomatología de la psicosis puerperal se caracteriza por la presencia de síntomas depresivos e ideas delirantes y alucinaciones, de manera más específica destaca, la labilidad humoral, signos de confusión mental, ansiedad, humor depresivo, insomnio, alteración del comportamiento y agitación catatónica en la que se presenta la impulsividad y la combatividad.

Una detección temprana y oportuna es vital en el diagnóstico y tratamiento de estos tipos de trastornos afectivos, ya que, de esta manera, se evitan daños a la madre y al hijo. El diagnóstico de la depresión postparto se da por medio de la escala de la Escala de Depresión Posparto de Edimburgo, la cual se debe realizar de manera temprana y oportuna en el primer nivel de atención. Esta escala es considerada un instrumento confiable validado en 1987⁽²⁸⁾.

Según Cox et al.⁽²⁹⁾, la escala de depresión de Edimburgo se [crea](#) para asistir a los profesionales de atención primaria en la detección de la depresión postparto. Está formada por 10 preguntas, en las cuales la madre debe marcar la opción que más se parezca a los sentimientos experimentados la semana anterior.

2.1.5 Prevalencia de la depresión posparto.

La prevalencia hacia la depresión postparto varía, ya que no se tiene un dato exacto de cuántas mujeres lo pueden padecer, porque no siempre se detecta la enfermedad o se da un diagnóstico erróneo de los síntomas, aunque hay estudios que muestran que la prevalencia

puede llegar hasta el 50% de las mujeres, que se encuentran en etapa de puerperio, y pueden presentar síntomas correspondientes con este tipo de depresión. ⁽²⁸⁾

2.1.6 Factores de riesgo.

La depresión postparto es un trastorno, que afecta la salud mental de las mujeres en etapa de puerperio, al cual se le han señalado múltiples factores de riesgo para su presentación, ⁽³⁰⁾ que se pueden categorizar en los factores demográficos, culturales, sociales, económicos y los personales. Dentro de estas categorías, se encuentran los determinantes más comunes para la presentación de depresión postparto en mujeres.

Los factores demográficos son los que estudian la estructura de una población y la categorizan para su mejor comprensión. Dentro de la depresión postparto, a nivel demográfico, se pueden presentar factores de riesgo como la edad de la mujer, el estado civil y el nivel educativo.

Urdaneta M et al. ⁽³⁰⁾ señala que la edad como factor de riesgo se presenta en los extremos, ya sea en adolescentes o en mujeres de edad más avanzada. Explica que, en la adolescencia, las mujeres son más propensas a presentar depresión postparto por factores desmoralizadores del entorno social y esto las vuelve más vulnerables. En cambio, a las mujeres adultas, el desorden hormonal, que se da en el puerperio, les puede desencadenar una recaída de depresión.

Alvarado et al. ⁽³¹⁾ refieren que la relación de variables influye en la presentación de depresión postparto. Se plantea que la edad materna y la presencia de cuadros depresivos en el embarazo son factores de riesgo, que interactúan entre sí, y que indican mayor susceptibilidad para padecer esta enfermedad.

El estado civil de la madre no es un factor inmediato para que se presente la depresión postparto pero sí influyente, así lo menciona Canaval et al.⁽³²⁾ El estado civil de unión libre se relaciona más con los casos de depresión postparto, y que el estado civil casada en algunos caso se presenta como un factor protector para la depresión postparto.

Sin embargo, Alvarado E et al.⁽³³⁾ mencionan que las mujeres, que se encuentran en una relación con más de tres años, tienen más posibilidad de presentar depresión postparto, ya que estas se encuentran en una relación más larga y pueden tener más problemas financieros y conflictos de pareja, en relación con las mujeres que tienen relaciones menores de tres años.

Dois et al.⁽¹⁾ mencionan que las mujeres, que tienen un nivel educativo alto, presentan, en menor porcentaje, depresión postparto, al ser un factor les funciona como protector. El tener un nivel educativo superior les brinda herramientas para poder sobrellevar la etapa de puerperio.

De igual manera, se refieren Alvarado E et al.⁽³³⁾ al nivel educativo de la madre como factor de riesgo para la depresión postparto. Las mujeres, que tienen más de seis años de educación, tienen menos posibilidad de presentar este trastorno en relación con las mujeres que tienen menos o igual a seis años de educación.

Así mismo Urdaneta M et al.⁽³⁰⁾ mencionan que si la mujer tiene estudios únicamente de primaria o un nivel inferior, tiene siete veces más de posibilidad de padecer depresión postparto si tiene un nivel superior a primaria, de esta manera el nivel educativo de la mujer funciona como un factor protector ante la depresión postparto, y con un mayor nivel

educativo tiene más posibilidades de mejorar los ingresos económicos y lograr una mayor estabilidad.

Wolff L et al. ⁽³⁴⁾ establecen una relación entre las madres, que abandonan los estudios en la secundaria y las que continúan en clases, y no se evidencia alguna diferencia en la prevalencia de depresión postparto; sin embargo, en relación con las madres, que abandonan los estudios de primaria y las que continúan en clases, sí se ve un incremento en la presentación de depresión postparto para las que no terminaron la primaria.

La educación es una condición esencial para prevenir la depresión postparto, así lo mencionan Navarro et al. ⁽³⁵⁾ Esta tiene gran impacto en la salud mental de la mujer, ya que se aprenden técnicas de afrontamiento; sin embargo, cuando no se tiene un nivel de escolaridad alto, se pierden habilidades, como las de manejo del estrés, se dificulta la búsqueda de atención de salud y se deteriora la autoestima.

La multiparidad o el número de hijos como factor de riesgo para la depresión postparto es un factor determinante, así lo menciona Poó et al. ⁽¹⁵⁾ que el tener más de tres hijos es un factor de riesgo asociado a la depresión postparto, ya que la madre debe disponer de los mismos recursos para los hijos anteriores como para el nuevo hijo, esto implica tener que redistribuir los recursos familiares.

Urdaneta M et al. ⁽³⁰⁾, en el estudio de los factores de riesgo de depresión postparto en púerperas venezolanas valoradas por medio de la escala de Edimburgo, indican que las primigestas y las multíparas tienen puntuaciones similares en relación con el riesgo de presentar depresión postparto por lo que considera que no es un factor determinante.

Los factores culturales son los que modifican el desarrollo de la mujer en la sociedad, son las costumbres o tradiciones, que se tienen con respecto a la maternidad. Para el desarrollo de la depresión postparto, la responsabilidad cultural en relación con la maternidad, la pérdida de sí misma en el rol de madre y el reto de la lactancia materna van a ser factores vitales para el desarrollo de la depresión postparto.

La responsabilidad cultural, que tiene la mujer hacia la maternidad, es un proceso, un desequilibrio en el momento en el que se convierte en madre, ya que no se identifica con ella misma ni con su nuevo rol, presenta una pérdida del control de su vida y siente que no puede volver a ser la misma de antes. Así mismo lo menciona Molina⁽³⁶⁾: la mujer enfrenta una alta demanda, de infancia y juventud, sometidas a cambios culturales y a una cultura que cada vez es más permisiva, esto deja como consecuencia en las madres los fenómenos de depresión.

Cuesta ⁽³⁷⁾ menciona que la maternidad es un proceso vigilado y necesario para mantener el modelo patriarcal; sin embargo, tanto el amor y el instinto materno van a ser construcciones culturales, que han sido aprendidas y reproducidas dentro de la cultura de cada mujer. Dentro de este proceso, se encuentra la pérdida de sí misma, en que la mujer no se siente como era antes y solo se ve en el rol de madre, pierde su identidad como mujer para poder adoptar la identidad de madre.

La lactancia materna es un proceso absorbente para la mujer, ya que el niño depende de su madre completamente, y no en algunos casos no se da con facilidad, ya que intervienen factores biológicos, como la anatomía del pezón o que mujer no esté produciendo suficiente leche, también factores del niño, ya que el reflejo de succión puede no estar presente. Urdaneta M ⁽³⁰⁾ indica que la lactancia materna no siempre actúa como un factor protector;

sin embargo, se tiene más probabilidad de presentar depresión postparto si la mujer no da de mamar.

Mendoza B y Saldivia ⁽⁴⁾ mencionan, en relación con la lactancia materna, que cuando una mujer sufre de depresión postparto, el proceso de lactancia presenta una percepción disminuida de la autoeficacia para mantener la lactancia materna, les aumenta las preocupaciones en relación con la alimentación y se enfrentan a mayores dificultades e inseguridades sobre la capacidad que tienen para alimentar al bebé.

Los factores sociales son los que influyen en el comportamiento de la mujer y en la vida cotidiana, dentro de estos está el apoyo familiar y social, el marital y la ansiedad y estrés. Son factores de riesgo importantes, ya que la mujer se inclina hacia estos en busca de apoyo y la falta de ellos o el conflicto con sus partes puede aumentar el riesgo de depresión postparto.

La falta de apoyo social en el puerperio es desencadenante para la depresión postparto, ya que es un periodo de adaptación a la maternidad; así lo menciona Urdaneta M⁽³⁰⁾, se encuentra un mayor riesgo de presentar depresión postparto si no se cuenta con el adecuado apoyo social.

Wolff L⁽³⁴⁾ menciona que tanto el apoyo social familiar, en especial por parte de la madre, y el apoyo marital, son factores protectores; sin embargo, los conflictos con el progenitor del niño constituye un factor de riesgo mayor para la presentación de depresión postparto, de igual manera, si la mujer tiene una mala relación con la madre o con el núcleo familiar.

El apoyo marital o de pareja va a ser un factor relevante para la depresión postparto, ya que es el grado en el cual la mujer puede confiar en su pareja para revivir ayuda y cuidados en

la etapa del puerperio. La mujer se encuentra en una etapa de adaptación a la maternidad, va a requerir de apoyo por parte de su pareja. Canaval et al. ⁽³²⁾ indican que las relaciones maritales de mala calidad son un factor de riesgo mayor hacia la incidencia de depresión postparto.

La ansiedad y el estrés son factores, que se presentan en la mujer durante toda su vida, pero que, en la etapa de maternidad y postparto, se agravan por el cambio que estos presentan, así lo menciona Dois et al ⁽¹⁾ “la sintomatología depresiva del puerperio en general se ha asociado fuertemente con los antecedentes de cuadros ansiosos y depresivos previos”. De igual manera, estos son factores que, generalmente, pasan desapercibidos ya que pueden ser generados por el proceso de adaptación normal al rol materno; sin embargo, se le debe prestar atención, ya que de acuerdo con su intensidad o duración pueden ser manifestaciones de la depresión postparto.

Urdaneta M et al. ⁽³⁰⁾ señalan que los estresores somáticos, que se presenten en la mujer durante el embarazo, pueden ser factores que desencadenen un trastorno afectivo en el postparto; también mencionan que estos estresores se presentan de manera más frecuente en mujeres, que se encuentran separadas de su pareja sentimental.

Los factores económicos son determinantes importantes para que se desarrolle la depresión postparto, ya que genera inestabilidad en la vida de la mujer, al tener un hijo recién nacido y no tener los medios para poder suplir sus necesidades. Dentro de estas, la actividad laboral de la madre, la ocupación y el ingreso económico son factores que van a determinar el progreso de la depresión postparto.

Jadresic y Araya ⁽³⁸⁾ mencionan que, a medida que desciende el nivel socioeconómico, empieza a aumentar la probabilidad de padecer depresión postparto, ya a medida que los ingresos económicos de la madre empiezan a disminuir tiene tres veces más de posibilidad de padecer depresión postparto, que una mujer con ingresos fijos y más estables.

Urdaneta M et al. ⁽³⁰⁾ señala que es indiferente el grado de desarrollo de un país, ya que las mujeres con nivel socioeconómico más bajo son más propensas a sufrir depresión postparto, ya que el nivel socioeconómico es un factor de riesgo mayor para esta enfermedad, así mismo menciona, que vivir en una zona rural no es un factor predisponente a la depresión postparto, ya que la calidad de vida es más ventajosa, que para las mujeres que viven en la ciudad.

En relación con la actividad laboral, Urdaneta M et al. ⁽³⁰⁾ indican que el trabajar fuera del hogar y recibir una remuneración puede actuar como factor protector ante la depresión postparto; sin embargo, las amas de casa, que se dedican exclusivamente al hogar, son más propensas a desarrollar la enfermedad, en especial si se encuentran a cargo de otros niños pequeños, de igual manera, el perder el empleo durante la gestación es un factor de riesgo para el progreso de depresión postparto.

Canaval et al ⁽³²⁾ plantean que los síntomas de la depresión postparto pueden acompañar a la mujer durante periodos de tiempo más extensos, ya que estos se relacionan, estrechamente, con la condición económica y social de la mujer, y se da de manera más frecuente en mujeres que pertenecen a estratos socioeconómicos bajos.

Aramburú et al. ⁽⁵⁾ mencionan que el estatus económico se va a reflejar en la satisfacción de las necesidades básicas de la mujer, por lo que van a representar un factor de riesgo

moderado para la prevalencia de depresión postparto. Estos factores influyen de manera directa en la calidad de vida que la madre pueda dar a sus hijos.

Los factores personales son los que hacen que la mujer actúe de una determinada manera, influyen en sus acciones y en la forma en la que afronta la maternidad. Dentro de estos se encuentran la autoestima, los antecedentes personales de trastornos afectivos, embarazo no deseado, problemas médicos durante el embarazo, el parto y la actitud que tiene la mujer en relación con la maternidad.

La autoestima es un factor que siempre influye en el desarrollo de depresión en la mujer, sin importar la etapa de vida en la que se encuentre, pero, dado que el puerperio corresponde a una etapa de cambios físicos y emocionales, estos factores actúan de manera más intensa sobre la mujer. Mencionan Póo F et al⁽¹⁵⁾ que, en la etapa del puerperio, la mujer enfrenta cambios corporales para volver a un estado físico de postgravidez, se ve envuelta en la sobrevaloración física, que se le da actualmente, y causa que se experimente una disconformidad con el cuerpo y se desencadene un trastorno depresivo.

Los antecedentes de trastornos afectivos constituyen el factor de riesgo más importante para la prevalencia de depresión postparto. Cuero-Vidal et al. ⁽³⁹⁾ mencionan que el antecedente familiar o personal de depresión y el consumo de alcohol se relacionan de manera significativa para la presentación de depresión postparto; sin embargo, la historia clínica personal de depresión se relaciona independientemente.

Mendoza B y Saldivana ⁽⁴⁾ afirman que, en relación con la severidad de los síntomas y la duración del trastorno, destacan como factor predisponente los antecedentes de depresión,

en interacción con factores sociales, como la falta de apoyo social y el estrés, esto causa que los síntomas persistan y la duración se alargue hasta dos años después del parto.

Rojas et al.⁽²⁵⁾ refieren que la mitad de los casos de depresión postparto se relacionan con trastornos depresivos previos al embarazo o que se manifiestan en el embarazo, esto aumenta el riesgo de sufrir episodios de depresión en el postparto, ya que este no tiene resolución y se arrastra hasta el periodo postparto, en donde, por los cambios hormonales del puerperio, se tienen a agravar los síntomas.

Evans M. et al.⁽⁴⁰⁾ indican que los antecedentes de una patología psiquiátrica de la madre son importantes para el desarrollo de depresión postparto. Si la mujer padece depresión postparto en embarazos anteriores, tiene como factor de riesgo volver a desarrollar la enfermedad, se debe a que, generalmente, no se trata el trastorno y la depresión se arrastra.

La depresión postparto como factor asociado para Wolff L et al.⁽³⁴⁾ es otro tipo de trastornos afectivos, como la neurosis, también pueden ser causante de depresión postparto; a su vez, el tipo de personalidad introvertida ha demostrado ser predisponente. Sin embargo, el de mayor protagonismo es el antecedente de depresión postparto con anterioridad o de un trastorno depresivo mayor antes del embarazo.

Langer⁽¹³⁾ refiere que el embarazo no deseado o no planeado es factor, que se va a encontrar, con más frecuencia, en mujeres con edades muy jóvenes o más adultas, de baja escolaridad y de escasos recursos. Aunque no siempre se limita a estas características, ya que un embarazo puede ser no deseado si se presenta como producto de una violación.

El no querer estar embarazada influye directamente en el estado anímico de la mujer, así lo menciona Diaz et al.⁽⁴¹⁾ Las mujeres, que indican que el embarazo no es deseado,

muestran la tendencia a magnificar y percibir de manera negativa los cambios propios del embarazo y se encuentran más sensibles a los eventos de la vida cotidiana. Este factor es un desencadenante mayor para la depresión postparto, ya que la mujer presenta rechazo hacia su hijo.

Pérez Villegas et al. ⁽⁴²⁾ mencionan que las variables obstétricas presentadas en el parto son factores importantes para el desarrollo de la depresión postparto, tienen más posibilidad de presentar este trastorno las mujeres que han presentado alguna morbilidad durante el embarazo o postparto, que haya requerido hospitalización o cuidados de alto riesgo obstétrico. Así mismo, menciona que la vía de parto no es un factor importante para la presentación de depresión postparto; ya, que de igual manera, se puede desarrollar la enfermedad en una mujer con parto vaginal o con cesárea.

Pueden presentarse variables obstétricas, que aumenten la presentación de la depresión postparto, el uso de fórceps en el parto vaginal o la dehiscencia de la herida quirúrgica de la cesárea. Según Urdaneta M et al. ⁽¹⁹⁾, las complicaciones en el parto y el parto por cesárea son factores, que pueden tener influencia en la aparición de depresión postparto, de igual manera, las mujeres que han tenido neonatos pre-término o han padecido preeclampsia.

La actitud, que la madre tenga hacia la maternidad, es vital para poder sobrellevar el puerperio y evitar la depresión postparto; sin embargo, la mujer no siempre cuenta con los métodos indicados para ejercer su identidad como madre y mujer. Según Chávez ⁽¹⁸⁾, para la sociedad, el convertirse en madre es un honor y para poder lograrlo debe desprenderse del rol de mujer y adoptar el de madre, por lo tanto si una mujer presenta un trastorno depresivo en el puerperio y no ejerce su identidad como madre, de la manera que la

sociedad impone, la misma le indica que falla en su trabajo y que no es digna del honor que se le atribuye.

Moreno Mojica et al. ⁽⁴³⁾ refieren que la actitud de la mujer hacia la maternidad se puede ver disminuida en la etapa del puerperio por la presencia de factores socioculturales, como la falta de apoyo por parte de la familia o el rechazo, de la pareja sentimental y la violencia doméstica. Estos hacen que no se logre adaptar al rol de madre y presente vulnerabilidad hacia la depresión postparto.

Chávez⁽¹⁸⁾ menciona que la maternidad es un proceso, el cual se da con el paso del tiempo, en el que la mujer vive la maternidad a través de las experiencias con su propia madre y con lo establecido en su relación, para poder ver en ella un modelo maternal a seguir; por lo tanto, cuando la relación afectiva con la madre se ve afectada, la mujer es más propensa a desarrollar depresión postparto, ya que no tiene un modelo en que basarse.

2.1.7 Política Nacional de Salud Mental 201-2021.

La Organización Mundial de la Salud ⁽⁴⁴⁾ define la salud mental como un estado de bienestar, en el cual el individuo es consciente de sus propias capacidades, y capaz de afrontar las tensiones normales de la vida, ya que trabaja de forma productiva y fructífera y de hacer una contribución a la comunidad.

En Corrales et al ⁽⁴⁵⁾, en la Política Nacional de Salud Mental en Costa Rica, la salud mental se define como un proceso de bienestar y de desempeño personal y colectivo caracterizado por la autorrealización, la autoestima, la autonomía, la capacidad para responder a las

demandas de la vida en diversos contextos, ya sean familiares, comunitarios, académicos, laborales; y además de disfrutar la vida en armonía con el ambiente.

La Política Nacional de Salud Mental⁽⁴⁵⁾ tiene como objetivo principal buscar desarrollar un modelo de salud mental, que garantice el derecho de salud mental de la población, por medio de acciones dirigidas a la promoción, prevención, atención, rehabilitación y reinserción con un enfoque, que sea accesible a la comunidad, para poder mejorar la calidad de vida en los diferentes ciclos de vida.

La producción social de la salud mental nace de la adaptación del documento del Ministerio de Salud *Modelo conceptual y estratégico de la rectoría de la producción social de la salud*, en el 2008. Se modifica para desarrollar el modelo de abordaje de la salud mental. En él, se indica que los determinantes de la salud mejoran o amenazan el estado de salud de las personas. En este modelo, se identifican los factores que determinan la salud, como los biológicos, los ambientales, los sociales, económicos y culturales y los relacionados con los sistemas y servicios de salud. ⁽⁴⁵⁾

Para Corrales et al⁽⁴⁵⁾, los determinantes biológicos son elementos de la salud física y mental, que se desarrollan dentro del cuerpo humano, como consecuencia de procesos biológicos y orgánicos de cada persona. Dentro de estos procesos, están el envejecimiento, la genética y la herencia, a la cual se le ha ligado con el desarrollo de enfermedades como los trastornos bipolares.

Los determinantes ambientales se encuentran en el ambiente, que rodea a las personas y modifican su estado de salud. Se mencionan el espacio donde vive la persona, los

elementos naturales como el agua, el aire y el suelo, también la ocurrencia de eventos naturales y las zonas verdes y espacios de esparcimiento.

Los determinantes sociales, económicos y culturales son los aspectos en los que se desenvuelven las personas, ya sea las prácticas, conocimientos y actitudes que se tengan, determinan un efecto negativo o positivo en la salud mental. Este es el que más influencia tiene en la salud mental de la población y el más modificable mediante la promoción y prevención primaria.

Los determinantes en relación con los sistemas y servicios de salud se relacionan con el acceso, equidad y cobertura de atención, que se brinda a los usuarios dentro de los servicios de salud. Es el menos influyente para la salud mental de las personas; sin embargo, es el que más recursos económicos recibe por parte del estado para cuidar la salud de la población.

Así mismo, Corrales et al⁽⁴⁵⁾ mencionan características que responden a las necesidades de promover la salud mental en la población, a lo largo de su ciclo de vida, como parte del derecho humano a la salud, pretendiendo promover la salud mental a las personas, que pertenezcan a los diferentes grupos o minorías, también la no discriminación mediante el bienestar y desarrollo integral de la salud mental.

Una de las características más importantes se menciona que es dirigida a la totalidad de la población, ya que la salud mental es un derecho humano; es articuladora, ya que orienta a las instituciones, públicas o privadas a ejecutar acciones para que se cumplan objetivos en la producción social de la salud mental; y es comunitaria, ya que promueve en las

comunidades el abordaje de la salud mental para así romper el estigma de la atención tradicional intrahospitalaria.

2.1.8 Situación actual de salud mental en Costa Rica.

Para Vargas et al ⁽⁴⁶⁾, en la Situación Actual de Salud Mental de Costa Rica, se atraviesa una etapa de desarrollo que la coloca con respecto a los indicadores de salud, perfil demográfico, desarrollo de servicios públicos y grados de alfabetización en condiciones favorables, estas han influido en el perfil de salud de la población. Sin embargo, las tasas de morbilidad de enfermedades infectocontagiosas han sido sobrepasadas por enfermedades crónicas, como los trastornos mentales.

La interrelación de factores biológicos, psicológicos, sociales y ambientales son determinantes para que el individuo disfrute de un estado de salud psíquica o que sea afligido por trastornos mentales y del comportamiento. Entre estos, los factores biológicos de carácter genético y los sociales son los más sobresalientes dentro de la salud mental.

Mencionan Vargas et al ⁽⁴⁶⁾, que el país vive en condiciones sociales, económicas y ambientales, que actúan en detrimento de la salud física y mental, del bienestar, la calidad de vida e integridad física. Se estima que los trastornos mentales se han incrementado en función del perfil demográfico y los cambios sociales, económicos y culturales del país. Dentro de los determinantes de salud mental de Costa Rica, se tienen factores como los sociales, que incluyen la pobreza, la urbanización y los desastres; los factores psicológicos, características personales; y los factores biológicos, los cuales se mencionan a continuación.

Dentro de los factores sociales, se encuentran la pobreza y las situaciones que le corresponden como el desempleo, la desnutrición y la carencia de vivienda. La pobreza conlleva a la privación económica y al bajo nivel de instrucción, que incrementa los trastornos mentales y conductuales, ya que favorece su prevalencia y empeora la evolución del trastorno, esto favorece las repercusiones económicas del estado, aumenta el gasto sanitario y la pérdida de empleo.

Los asentamientos modernos en zonas urbanas tienen un efecto nocivo para la salud mental por el dominio de los factores estresantes y los acontecimientos adversos de vivir en entornos superpoblados y contaminados, además se da una alta migración de personas en situación de pobreza, lo que les genera dificultad para encontrar una vivienda o empleo aceptable. La condición física de la urbanización desorganizada compromete a la salud somática y mental de los habitantes, por factores como servicios básicos ausentes, hacinamiento y el predominio de conductas violentas.

Los factores psicológicos y características personales guardan relación con la aparición y desarrollo de los trastornos mentales y emocionales. En adultos, las situaciones de duelo, pérdidas materiales, emocionales o situaciones en las que se va vivido un trauma pueden precipitar cuadros depresivos y ansiosos.

Los factores biológicos influyen en la aparición, evolución y desenlace de trastornos mentales y del comportamiento. La edad influye en la aparición de trastornos, ya que se manifiestan de diferente manera dependiendo de la época de la vida y de la conducta de la persona en ese momento; de igual manera, con la edad se cambian de hábitos de vida, las interacciones sociales no se dan de igual manera y no se tiene la misma exposición a riesgos, todo esto es condicionante para el desarrollo de trastornos mentales.

En La Situación Actual de Salud de Costa Rica⁽⁴⁶⁾, los principales problemas en el área de la salud mental, que afectan a los costarricenses, son los trastornos depresivos, de ansiedad, el suicidio y la violencia intrafamiliar, entre otros, los cuales se detallan a continuación.

La depresión en Costa Rica es, desde 1987, el segundo diagnóstico más frecuente en los egresos hospitalarios; y, en el 2001, es el problema mental de la población adulta asistida en los consultorios externos de la Caja Costarricense del Seguro Social. Así mismo, se da una diferencia de género en la proporción en la que se diagnostica este trastorno, siendo las consultas del género femenino mayores que las del masculino.

El trastorno de ansiedad varía según su gravedad, ya que se puede presentar en un grado leve, moderado, en el que el bienestar de la persona se ve afectado, pero, de igual manera, puede realizar sus tareas cotidianas, y el grado en el que la afección es altamente discapacitante. Para la CCSS, este tipo de trastorno es el quinto lugar con más causas de incapacidad.

El suicidio y las lesiones auto infligidas no figuran como trastornos mentales, sin embargo, su asociación a otros hace importante su inclusión. La depresión es el trastorno mental que, con más frecuencia, se le atribuye la conducta suicida; sin embargo, en los registros de mortalidad, no aparece un número certero, ya que, en la mayoría de los casos, estas muertes se catalogan como muertes accidentales.

En Costa Rica, para el periodo 1997-2002, la mortalidad de suicidio corresponde a una tasa de 6.6 suicidios por cada 100.000 habitantes; el 88.2% de las muertes ocurre en hombres; y 11.8% en mujeres; los más afectados son los agricultores, las personas desempleadas, comerciantes, guardas de seguridad y empleadas domésticas o amas de casa.

La violencia intrafamiliar es relevante, ya que son las consecuencias psicológicas y rasgos psíquicos anómalos, que se presentan en las víctimas. En Costa Rica, es un problema de salud pública y seguridad ciudadana, ya que se produce de manera habitual dentro de la familia y con más frecuencia entre la pareja; las víctimas más comunes son las mujeres, de las cuales una tercera parte sufre episodios de depresión y tienen un mayor riesgo de desarrollar conductas suicidas.

Vargas et al⁽⁴⁶⁾ afirman que, en el sector público, la atención de la salud mental le corresponde a la CCSS, mediante la gestión de su dependencia especializada del departamento de salud mental, en este se establecen las pautas que orientan la atención y coordinan las acciones de los proveedores de los servicios de salud.

Los programas de la CCSS dirigen sus acciones, primordialmente, a la atención psiquiátrica; sin embargo, el plan vigente de trabajo incluye un despliegue de acciones para la promoción de la salud mental a nivel comunitario de manera integral. En sus servicios de salud mental, la CCSS cuenta con 74 psiquiatras, 83 psicólogos, 76 trabajadoras sociales y 46 enfermeras especializadas en salud mental y psiquiatría. En la práctica, la atención a los problemas mentales desde el primer nivel de atención es insuficiente, aunque la meta establecida es ampliar la cobertura de los servicios.⁽⁴⁶⁾

Las redes comunitarias de apoyo organizado desempeñan un papel muy importante, ya que actúan como grupos de presión para promover una mejoría del sistema de salud, defender los derechos de los pacientes y emprender obras que suplementen la atención de los pacientes en la comunidad. Los sistemas de salud están obligados a capacitar a estas personas en el cuidado adecuado de los pacientes, apoyar a las familias mediante las visitas domiciliarias y establecer mecanismos para subsidios y ayudas materiales.⁽⁴⁶⁾

En la atención primaria, es donde se da la mayor frecuencia de consultas por trastornos mentales, la mayoría de estos son tratados desde el primer nivel de atención por médicos generales y no especialistas en psiquiatría o salud mental. En Costa Rica, la red de servicios de atención primaria cubre el 94% de la población; sin embargo, en su inicio, no incluye específicamente los programas de salud mental.⁽⁴⁶⁾

No obstante, las políticas y estrategias correspondientes perciben el reforzamiento de las acciones de salud mental tanto en sus aspectos curativos como los de prevención, promoción y rehabilitación, siempre estableciendo énfasis en el primer nivel de atención. La implementación de estas políticas requiere de capacitación a personal para la detección y asistencia inmediata de personas con trastornos mentales, su referencia a centros especializados y después realizar el seguimiento correspondiente.⁽⁴⁶⁾

2.1.9 Guía de atención integral a las mujeres, niños y niñas en el periodo prenatal, parto y postparto.

Las guías de atención integral a las mujeres, niños y niñas en el periodo prenatal, parto y postparto⁽⁴⁷⁾ mencionan que el control en el postparto consiste en actividades, que se llevan a cabo con la mujer y el bebé con la finalidad de obtener un mejor grado de salud para ella y para orientar en la planificación de la familia y el cuidado del recién nacido. Dentro de esta atención, se tiene como objetivo que el control postparto debe ser eficiente, extenso, precoz, integral, completo y educativo y estar a cargo de un auxiliar de enfermería o

enfermera obstetra o general, médico o asistente técnico de atención primaria. Estas actividades consisten en lo siguiente.

En la atención postparto, en la atención primaria, se debe dar la detección y captación de la madre, preferiblemente en los primeros ocho días, se puede realizar la visita domiciliaria basada en enfoque de riesgo, en la cual se deben reconocer los riesgos presentes para la madre y el recién nacido y la identificación de las necesidades de anticoncepción de la mujer y su pareja.

Es importante brindar información necesaria sobre los cambios en el puerperio, signos y síntomas de alarma de la madre y el recién nacido e información sobre higiene personal y problemas comunes como el cansancio, estreñimiento, lactancia materna, inicio de relaciones sexuales y anticoncepción.

En la preconsulta, es responsabilidad del auxiliar de enfermería preparar a la madre y al recién nacido para la consulta, también debe revisar la información pertinente al carne perinatal e información sobre el parto y estado actual de la mujer, es importante el espacio para escuchar los sentimientos, dudas o temores que pueda expresar la mujer. Se debe brindar educación sobre la lactancia materna, el apego, los cambios y cuidados durante el puerperio.

Durante la consulta es responsabilidad conjunta del médico y la enfermera obtener información relevante acerca del parto, del estado actual de la mujer, realizar una valoración sobre el estado emocional e indagar por situaciones de violencia y abuso. Se debe realizar un examen físico completo, la valoración antropométrica y la detección precoz de anemia.

Se debe explicar, a la mujer, los diferentes métodos de anticoncepción, sus riesgos y beneficios, fomentar la lactancia materna y reforzar la educación para la salud como la prevención de la violencia intrafamiliar, si hay presencia de dolor en las relaciones sexuales y si experimenta síntomas en relación con el estado de ánimo, como la tristeza postparto, y si se prolongan más de dos semanas.

En la post consulta, es responsabilidad del auxiliar de enfermería y el personal del centro de atención primaria reforzar la educación brindada a la madre sobre el puerperio, la lactancia materna, planificación familiar, autocuidado, signos y síntomas en relación con el estado de ánimo disminuido, así mismo como la planificación de la próxima cita de control y del seguimiento correspondiente a los casos de riesgo.

2.2 Modelos y teorías

Cheryl Tatano Beck se gradúa como licenciada en enfermería en 1970 en la universidad de Western Connecticut State. Según Marriner Tomey y Raile Alligood⁽⁴⁸⁾ en el libro Modelos y teorías en enfermería, Cheryl Beck se da cuenta de que le enfermería obstétrica iba a ser su especialidad en la primera rotación clínica de su carrera. Después de su graduación, trabaja como enfermera en la unidad de enfermería de postparto y recién nacidos en el hospital de Yale New Haven, para luego certificarse como comadrona.

Inicia su carrera como investigadora en 1980, examina la respuesta de las mujeres embarazadas a la monitorización fetal. Un conjunto de trabajos enfocados en el periodo postparto y los trastornos del ánimo dan como resultado, en 1983, la teoría de la depresión postparto y la Escala de Valoración de la Depresión Postparto, en la cual se da cuenta que

el parto tiene muchos contextos simultáneos y que las reacciones de las madres al parto y la maternidad están moldeadas como respuesta a esos contextos.

Según Cheryl Beck, la depresión postparto es un trastorno mayor depresivo no psicótico, que cuenta con criterios diagnósticos diferenciados y que inicia, regularmente, en las primeras cuatro semanas del postparto, se puede dar en cualquier momento durante el primer año del parto. Este tipo de depresión no es autolimitada y es más difícil de tratar, cuenta con una tasa de prevalencia del 13 al 15% y las mujeres más vulnerables son las que se encuentran en situaciones de pobreza o adolescentes.⁽⁴⁸⁾ Desde este concepto, se definen los postulados de la teoría de la depresión postparto.

A continuación, se describen los postulados de la teoría de Cheryl Beck para la depresión postparto. Se encuentran presentes en todos sus escritos y se relacionan con los factores biológicos involucrados en la depresión postparto.

“Los acontecimientos estresantes internos o externos, especialmente a lo largo de periodos prolongados, dan lugar a una alteración de la regulación biológica en el cerebro. Cuántas más provocaciones lleguen al cerebro, más se desregulará y cronificará”.⁽⁴⁸⁾

El estrés vital, que experimenta una mujer durante el embarazo o postparto y la cantidad de tiempo en el que ese se alargue, favorece el desarrollo de depresión postparto, a medida que el agente estresor continúe en la vida de la madre, más es el daño que causa en el ánimo de ella, ya que, a nivel biológico, causa alteraciones que conllevan a trastornos psicológicos.

“La depresión postparto es producto de una combinación de estresantes biológicos, incluidos los genéticos, psicológicos, sociales, relacionales, económicos y situacionales”.⁽⁴⁸⁾

Para la presencia de un trastorno depresivo en el postparto, debe haber la interacción de varios factores intrínsecos y extrínsecos de la vida de la mujer; estos interactúan entre sí o pueden manifestarse de manera individual, para alterar el estado de ánimo de la madre y favorecer la presentación de la depresión postparto.

“El cerebro normal y único de las mujeres, además de su química hormonal, dan lugar a una vulnerabilidad de trastornos del ánimo en los momentos más delicados de sus vidas, incluido el postparto”.⁽⁴⁸⁾

La química hormonal de la mujer actúa como factor predisponente para la depresión postparto, a través de los diferentes ciclos de vida que una mujer experimenta, van a suceder cambios de ajuste hormonal, como en el postparto que se da uno para la producción de leche materna y para el inicio del ciclo menstrual, estos cambios propios de la mujer le dan un factor de vulnerabilidad hacia los trastornos del estado de ánimo.

“Culturalmente se espera que las mujeres se sientan felices, parezcan felices y comprendan cómo ser madres de forma natural, y que experimenten la maternidad como un sentimiento de estar completas. Estas expectativas hacen que sea difícil, para las mujeres, expresar sus sentimientos genuinos de malestar”⁽⁴⁸⁾

La cultura y la sociedad son factores influyentes en la vida de la mujer. Después del parto dentro de marco cultural, se carga, a la madre, con estereotipos sobre la manera en la que debe de actuar a partir de ese momento. No es bien visto que la madre exprese sus sentimientos negativos o preocupaciones hacia esta etapa, ya que, para la cultura, ese tipo de actitudes son característicos de una *mala madre*.

“Dentro del marco de prevención, la depresión postparto se puede evitar mediante la identificación y el alivio de los factores de riesgo durante el periodo preparto. La depresión postparto se puede identificar de forma precoz con una detección sistemática adecuada, y así tratarse de forma eficaz”.⁽⁴⁸⁾

Es primordial para la prevención de la depresión postparto, que se dé una captación oportuna y eficaz por parte del primer nivel de atención, a las mujeres en etapa de postparto dentro de los primeros ocho días de este, para, así, dar, a la madre, un espacio para que pueda exponer sus dudas y sentimientos acerca de la maternidad y, de esta manera, identificar, de manera temprana, factores de riesgo o signos de alarma de la depresión postparto.

“Los cuidados prenatales y postnatales pueden eliminar los síntomas patológicos molestos y ayudar a las mujeres a normalizar los síntomas esperados, de forma que se reduzca el grado de estrés que experimentan”.⁽⁴⁸⁾

La identificación de los factores de riesgo es parte fundamental en la consulta postparto, esta se debe realizar de manera oportuna y con una captación eficaz para reconocer los signos y síntomas de la depresión postparto y tratar a la mujer activamente; de esta manera, la mujer disfruta de la maternidad con plenitud y con herramientas brindadas por el personal de salud para el manejo de los eventos estresantes de la vida.

CAPÍTULO III

MARCO METODOLÓGICO

3.1 ENFOQUE DE INVESTIGACIÓN

El enfoque de esta investigación es cuantitativo, ya que busca establecer una relación entre variables mediante la recolección de datos y un estudio numérico para establecer un análisis estadístico.

3.2 TIPO DE INVESTIGACIÓN

Es una investigación descriptiva, ya que busca describir los factores importantes de un fenómeno y cómo este se manifiesta en una población.

3.3 UNIDAD DE ANÁLISIS U OBJETOS DE ESTUDIO

La unidad de estudio son todas las mujeres post-gestantes, que se encuentren inscritas al centro de salud COOPESIBA, para el control del niño sano, el cual cubre diferentes distritos de Barva.

3.3.1 Población.

Las usuarias inscritas en el área de salud COOPESIBA en Barva de Heredia, que corresponden a 1,776 para el primer trimestre del 2017.

3.3.2 Muestra.

Para esta investigación, se utiliza una muestra de 202 personas, según el teorema de límite central.

3.3.3 Criterios de inclusión y exclusión.

CRITERIOS DE INCLUSIÓN	CRITERIOS DE EXCLUSIÓN
Las mujeres post-gestantes del cantón de Barva, que se encuentren inscritas en el área de salud de COOPESIBA.	Las mujeres, que no hayan presentado alguna gesta, que residan en el cantón de Barva. Las mujeres, que se encuentren en estado de embarazo, que residan en el cantón de Barva.

Fuente: Realización propia 2018

3.4 INSTRUMENTOS PARA LA RECOLECCIÓN DE LA INFORMACIÓN

Para esta investigación, se crea un cuestionario, el cual evidencia cuáles son los factores de riesgo, que pueda presentar una mujer para el desarrollo de la depresión postparto, basado en la teoría de Cheryl Tatano Beck para la depresión postparto y en la Escala de Valoración de la Depresión Postparto.

Se basa en la Escala de Depresión de Postparto de Edinburgh. Esta determina si una mujer se encuentra en estado de depresión, cuenta con diez preguntas con cuatro respuestas cada una, los resultados dividen a las mujeres en las categorías de riesgo, en el límite e indicador probable de depresión postparto.

3.4.1 Validez del cuestionario.

El cuestionario se valida por medio de la realización de un plan piloto, ya que es un instrumento de elaboración propia. Se realiza un cuestionario de 52 preguntas, y de muestra 30 mujeres para que aborden el cuestionario, siguiendo los lineamientos establecidos y manteniendo los criterios de inclusión y exclusión.

3.4.2 Confiabilidad del cuestionario.

La confiabilidad de este cuestionario basado en el plan piloto mediante el Alpha de Crombach tiene un valor de 93%.

3.5 DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN

El diseño de esta investigación es no experimental transversal, ya que no se manipula ninguna variable ni a la población, y los datos se recolectan en un único momento.

3.6 OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES

Objetivo específico	Variable	Definición conceptual	Definición operacional	Dimensión	Indicador	Instrumento
Caracterizar sociodemográficamente a la población en estudio.	Aspectos sociodemográficos	Es el análisis de las comunidades a partir de la estadística, estudia el tamaño, la estratificación y el desarrollo de una comunidad.	Aspectos de la comunidad de estudio basado en componentes propios de los miembros de la comunidad como la edad, lugar de residencia,	Aspectos sociales	Lugar de residencia Estado civil Nivel educativo Número de hijos Ocupación	P 2 P 3 P 4 P 6 P8

			estado civil, nivel educativo y número de hijos.	Demográfica Factores económicos	Edad Ingreso económico	P 1 P9
--	--	--	---	---	----------------------------------	---------------

Objetivo específico	Variable	Definición conceptual	Definición operacional	Dimensión	Indicadores	Instrumento
Identificar los factores de riesgo de las mujeres para el desarrollo de la depresión postparto.	Factores de riesgo para el desarrollo de la depresión postparto.	La depresión postparto es un trastorno, que afecta la salud mental de las mujeres en etapa de puerperio, al cual se le han señalado múltiples factores de riesgo para su presentación	Son los factores que predisponen el desarrollo de la depresión postparto en la mujer; en el caso de la población de estudio, se abarcan los factores culturales, factores sociales y personales.	Factores culturales.	Asumir el rol materno Lactancia materna.	P 28 - P 25 P 44
				Factores personales	Apoyo social y familiar. Percepción de ansiedad y estrés. Apoyo marital.	P 29 P 52 P 32

					<p>Autopercepción de la autoestima.</p> <p>Antecedentes de trastornos afectivos.</p> <p>Embarazo no deseado.</p> <p>Actitud hacia la maternidad.</p>	<p>P 24</p> <p>P 20</p> <p>P 19</p> <p>P 50</p>
--	--	--	--	--	--	---

Objetivo específico	Variable	Definición conceptual	Definición operacional	Dimensión	Indicadores	Instrumento
Identificar los signos y síntomas de la depresión postparto.	Signos y síntomas de la depresión postparto.	Manifestaciones objetivas y subjetivas de la depresión postparto.	Las manifestaciones que la mujer muestra que experimenta y las que el profesional puede observar	Signos	Historial de depresión previa. Tristeza postparto. Estrés vital.	P20 P49-P53 P38-P43

			en la consulta, en relación con la depresión postparto.	Síntomas	Ansiedad prenatal. Gestación no planeada. Autoestima. Apoyo social y satisfacción marital. Estrés en el cuidado del recién nacido.	P18 P19 P24-P28 P29-P37 P44-P48
--	--	--	--	----------	--	---

3.7 Plan piloto

Para esta investigación, se utiliza una muestra de 20 personas, a la cual se aplica un cuestionario de 52 preguntas a mujeres en etapa de postparto, con edades entre los 15 y 44 años, de la comunidad de Jesús Jiménez de Agua Caliente de Cartago.

En el plan piloto, se encuentran problemas en la población, como la falta de información sobre la depresión postparto y el poco tiempo del cual disponen las mujeres entrevistadas para responder el cuestionario; los cuales se solucionan brindando una breve explicación sobre la depresión postparto y algunos signos y síntomas.

En el plan piloto, se observan factores que las mujeres pueden presentar como predisponentes para el desarrollo de la depresión postparto. A continuación, se explican los gráficos correspondientes.

CAPÍTULO IV

PRESENTACIÓN DE RESULTADOS

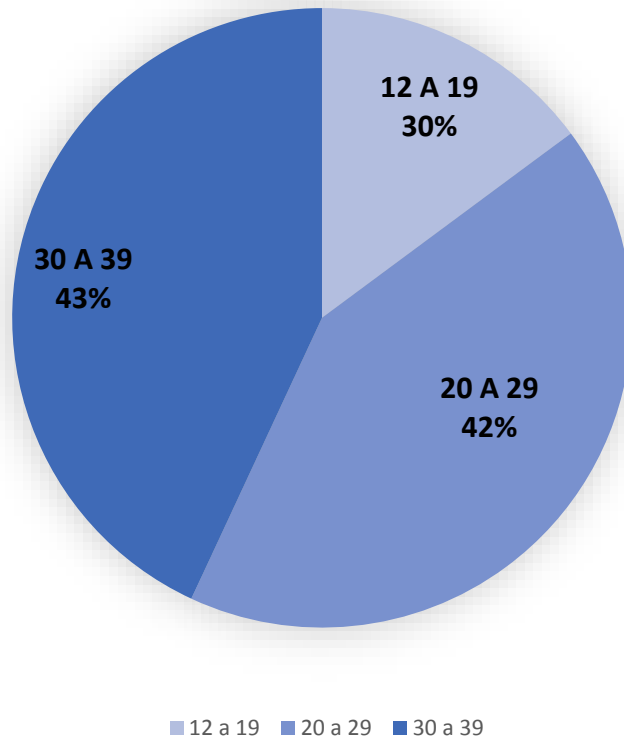


Figura N° 1. Distribución porcentual de la población según edad. San Pedro de Barva, 2018

Fuente: Elaboración propia, 2018

Con respecto a la variable edad, predominan las mujeres con edades entre 30 a 39 años con un 43%.

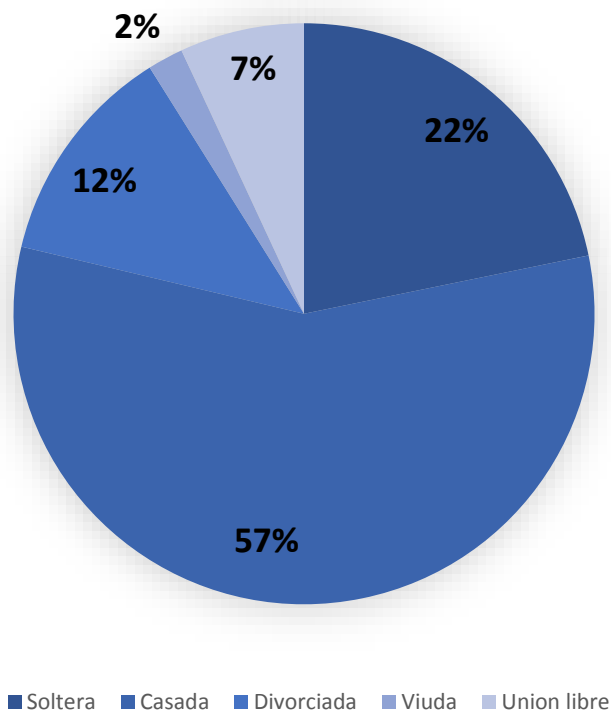


Figura N° 2. *Distribución porcentual de usuarios (as) según su estado civil San Pedro de Barva 2018. Fuente: Elaboración propia, 2018*

Con respecto a la variable de estado civil, predominan las mujeres casadas con un 57% sobre las mujeres solteras.

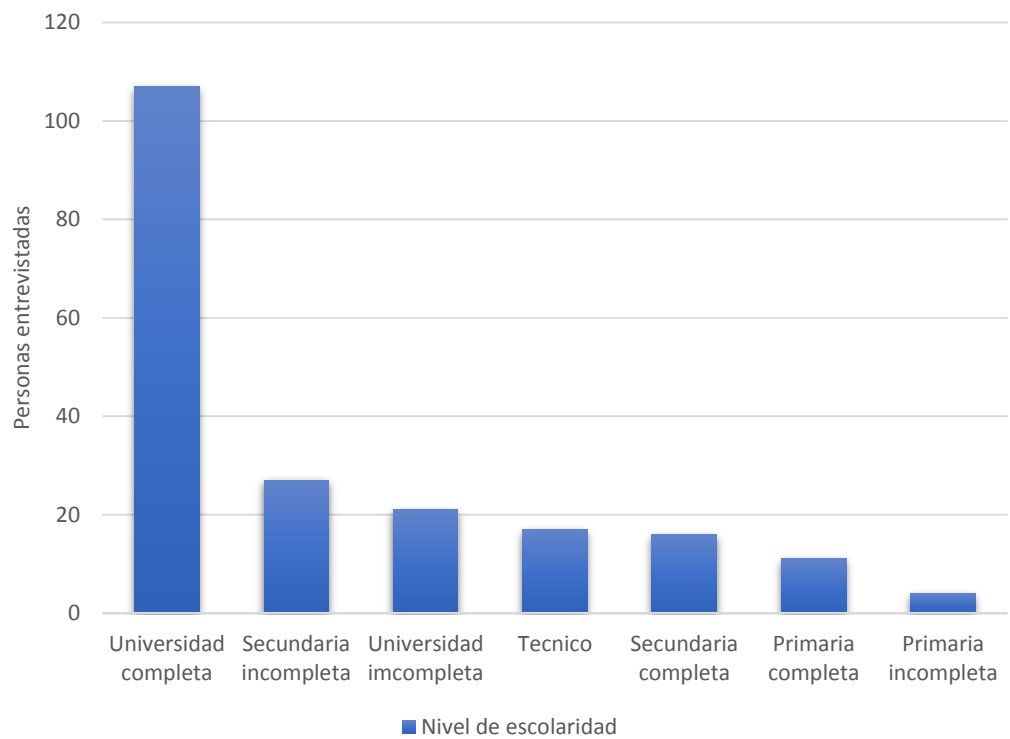


Figura N° 3. Distribución porcentual de usuarios (as) según su nivel de escolaridad. San Pedro de Barva, 2018. Fuente: Elaboración propia, 2018

Con respecto a la variable de escolaridad, predominan las mujeres con estudios universitarios completos con un 52%.

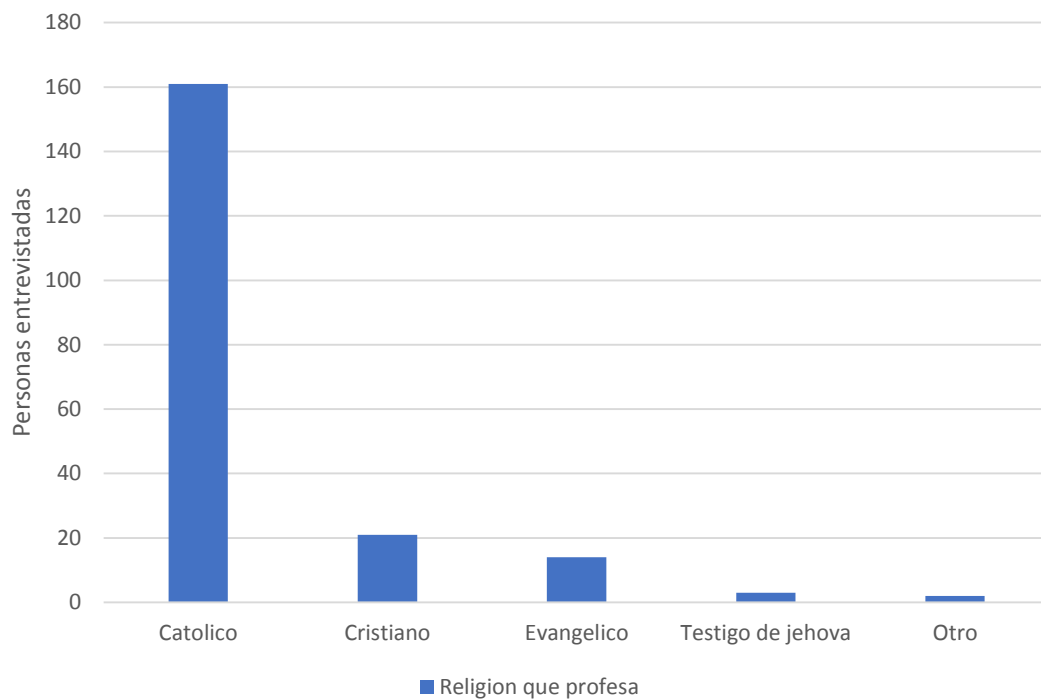


Figura N° 4. Distribución porcentual de usuarios (as) según la religión que profesa. San Pedro de Barva, 2018. Fuente: Elaboración propia, 2018

Con respecto a la variable de religión que profesan, predominan las mujeres católicas con 79%.

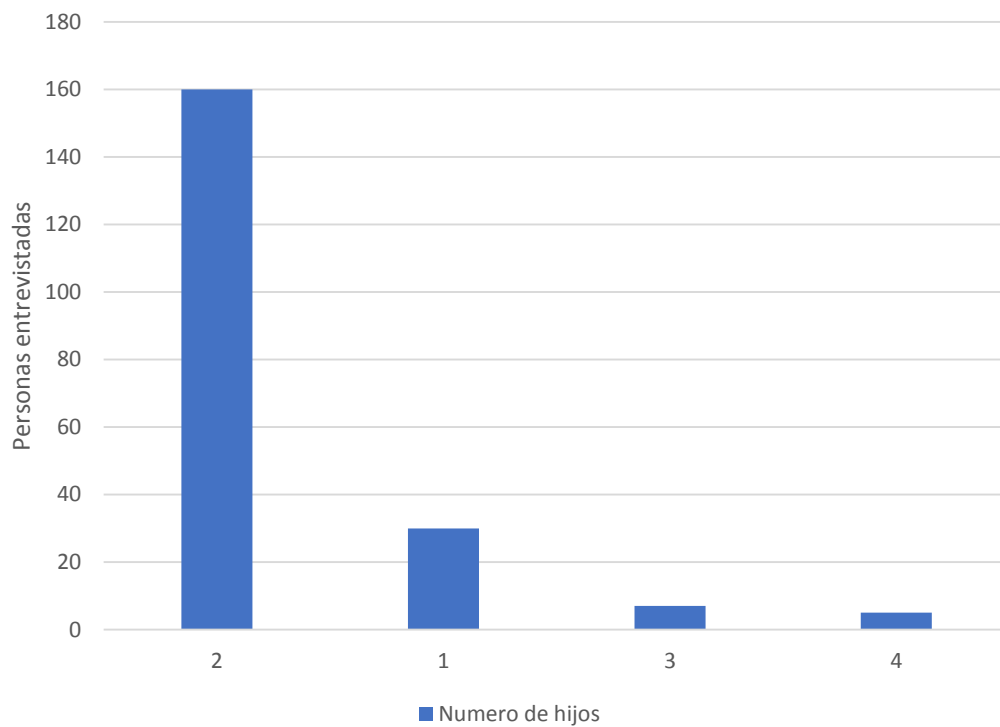


Figura N° 5. Distribución porcentual de usuarios (as) según número de hijos. San Pedro de Barva, 2018. Fuente: Elaboración propia, 2018

Con respecto a la variable de número de hijos, predominan las mujeres con dos hijos con un 79%.

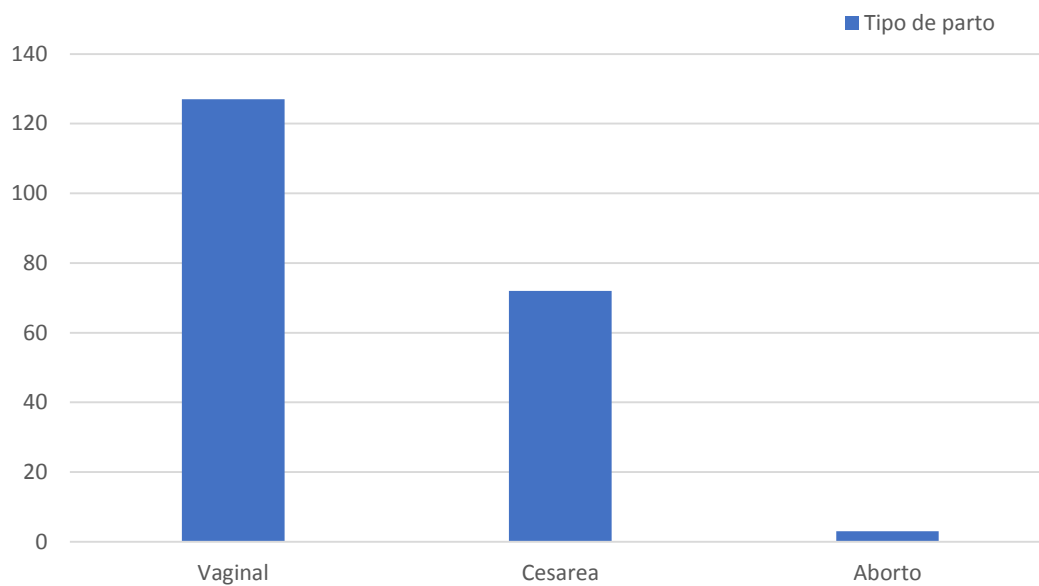
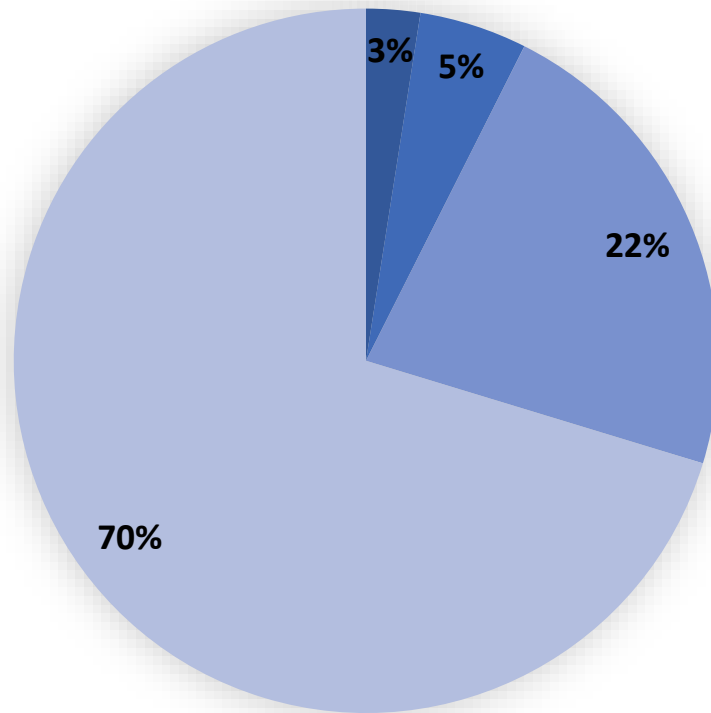


Figura N° 6. Distribución porcentual de usuarios (as) según el tipo de parto. San Pedro de Barva, 2018. Fuente: Elaboración propia, 2018

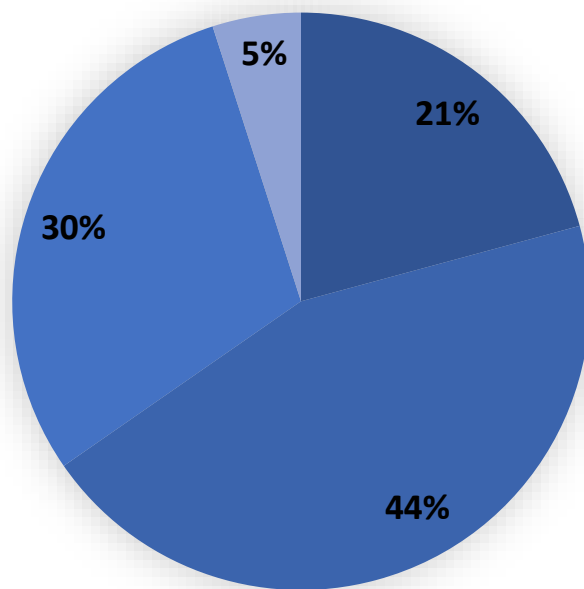
Con respecto a la variable de tipo de parto, predominan las mujeres con parto vaginal, 62%.



■ \$150.000 a \$200.000 ■ \$201.000 a \$250.000 ■ \$251.000 a \$300.000 ■ \$301.000 a \$350.000

Figura N° 7. Distribución porcentual de usuarios (as) según su ingreso económico mensual. San Pedro de Barva, 2018. Fuente: Elaboración propia, 2018

Con respecto a la variable de ingresos económicos mensuales, predominan las mujeres que cuentan con un ingreso mensual de 301.000 a 350.000, 70% de las encuestadas.



■ Siempre ■ Con Frecuencia ■ Algunas veces ■ Nunca ■ Rara vez

Figura N° 8. Distribución porcentual de usuarios (as) según su ingreso económico para cubrir servicios básicos. San Pedro de Barva, 2018. Fuente: Elaboración propia, 2018

Con respecto a la relación de ingresos económicos para los servicios básicos, predominan las mujeres que, con frecuencia, pueden cubrirlos con un 44%.

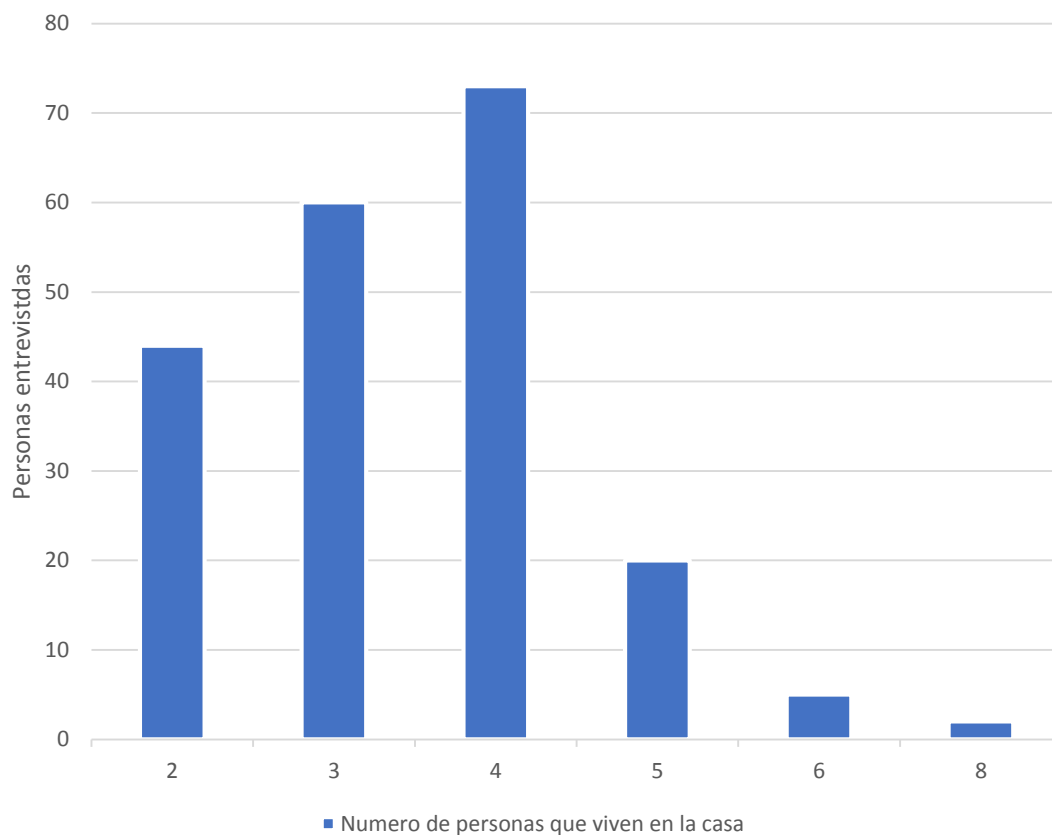


Figura N° 9. Distribución porcentual de usuarios (as) según el número de habitantes por casa. San Pedro de Barva, 2018. Fuente: Elaboración propia, 2018

Con respecto a la variable de número de personas, que viven en la casa, predominan las mujeres que viven con cuatro personas con un 36%.

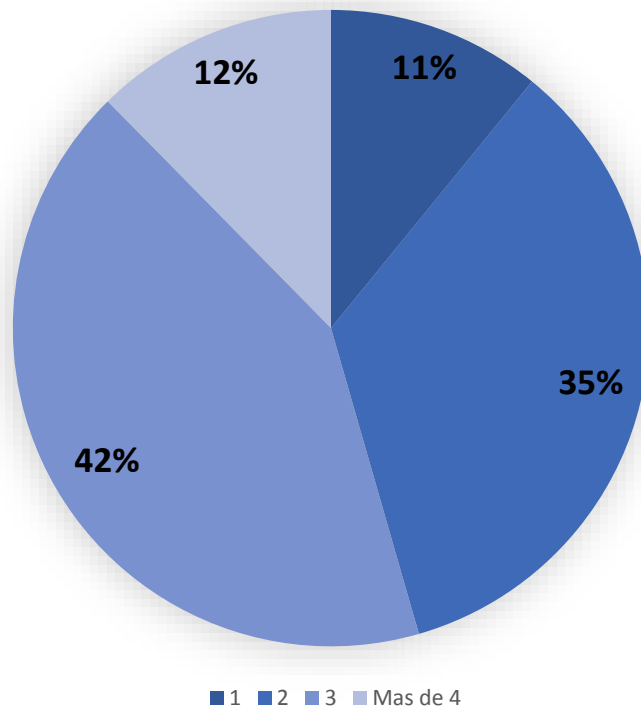
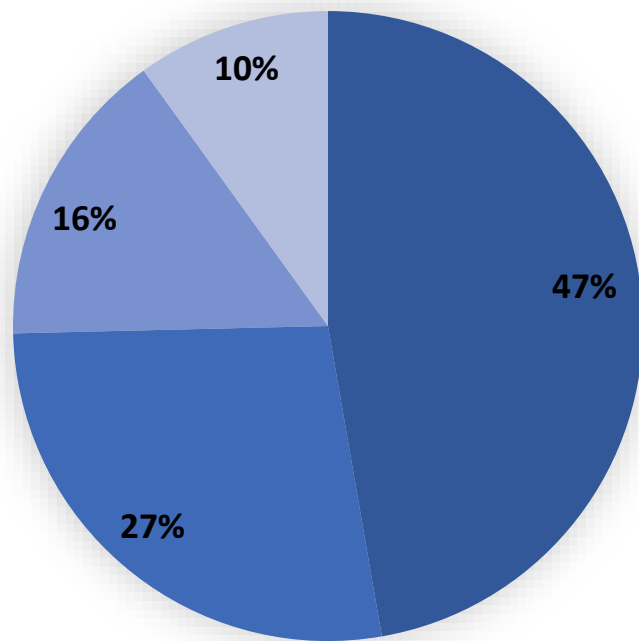


Figura N° 10. Distribución porcentual según número de habitaciones en el hogar. San Pedro de Barva, 2018. Fuente: Elaboración propia, 2018

Con respecto a la variable de número de cuartos de habitación en el hogar, predominan las mujeres, que cuentan con tres habitaciones exclusivamente para dormir con un 42%.



■ Propia totalmente pagada ■ Propia pagando a plazos ■ Alquilada ■ Prestada

Figura N° 11. Distribución porcentual de usuarios (as) según su condición de vivienda.

San Pedro de Barva, 2018. Fuente: Elaboración propia, 2018

Con respecto a la variable de condición de la vivienda, predominan las mujeres que cuentan con una vivienda propia totalmente pagada con un 47%.

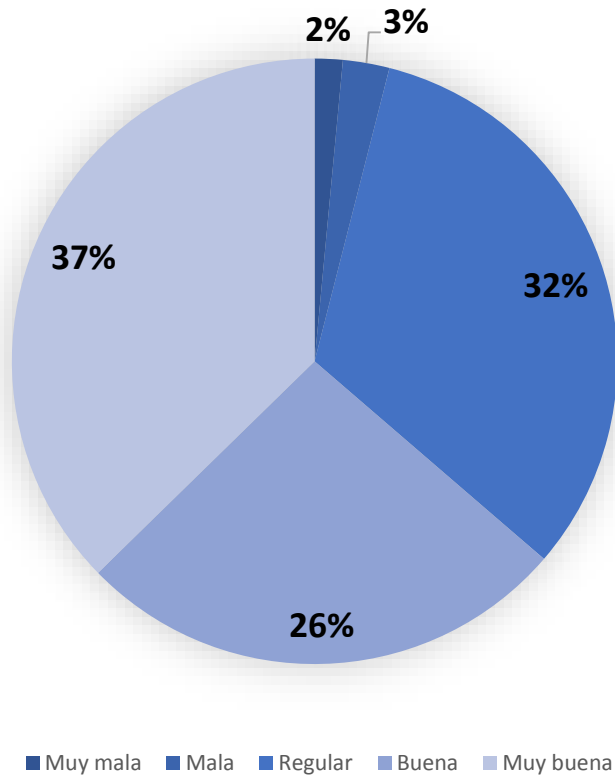


Figura N° 12. Distribución porcentual de usuarios (as) según las condiciones estructurales de sus hogares. San Pedro de Barva, 2018. Fuente: Elaboración propia, 2018

Con respecto a la variable de condiciones estructurales del hogar, predominan las mujeres que cuentan con una vivienda en muy buena condición estructural con un 37%.

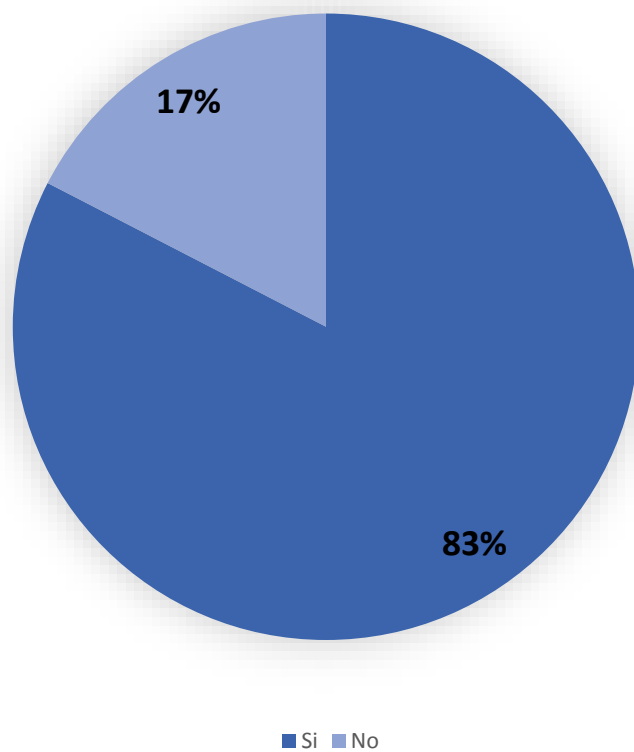


Figura N° 13. Distribución porcentual de usuarios (as) según su conocimiento en la depresión postparto. San Pedro de Barva, 2018. Fuente: Elaboración propia, 2018

Con respecto a la variable de conocimiento sobre la depresión postparto, predominan las mujeres que sí tienen conocimiento sobre el tema con un 83%.

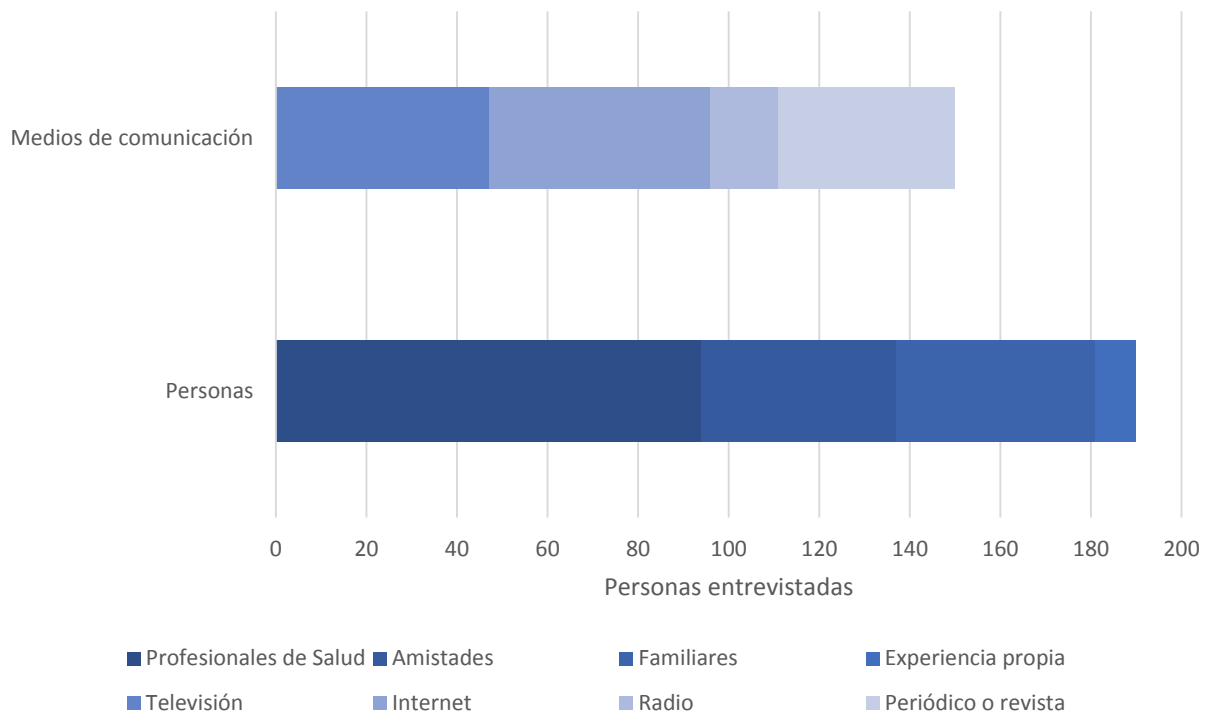


Figura N° 14. Distribución porcentual de usuarios (as) según el medio por el cual obtuvieron información sobre la depresión postparto. San Pedro de Barva, 2018. Fuente: Elaboración propia, 2018

Con respecto a la variable del medio por el cual obtienen información acerca de la depresión postparto, predominan las mujeres que conocen por medio del internet con un 24%; y por medio de un profesional de salud, un 46%.

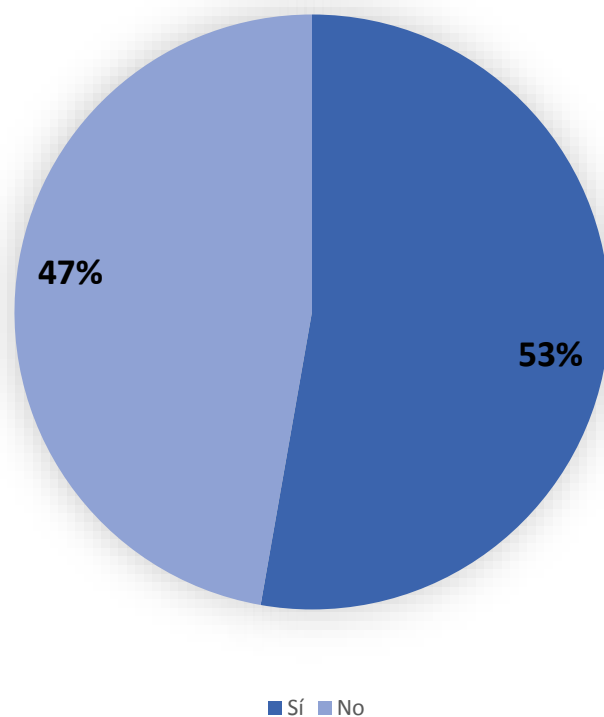


Figura N° 15. Distribución porcentual de usuarios (as) según sus síntomas de ansiedad durante su gestación. San Pedro de Barva, 2018. Fuente: Elaboración propia, 2018

Con respecto a la variable de síntomas de ansiedad durante la gestación, predominan las mujeres que se sienten ansiosas durante el embarazo con un 53%.

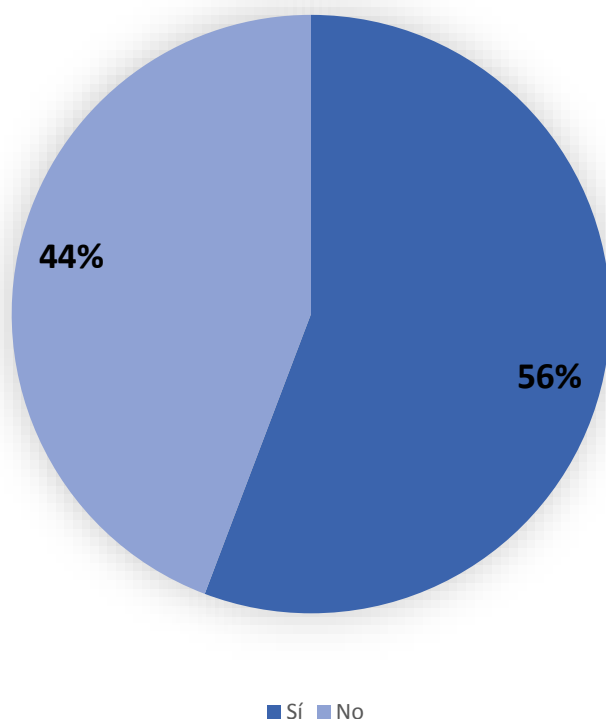


Figura N° 16 Distribución porcentual de usuarios (as) que tuvieron una gestación planeada. San Pedro de Barva, 2018. Fuente: Elaboración propia, 2018.

Con respecto a la variable si fue una gestación planeada, predominan las mujeres que sí lo hicieron con un 56%.

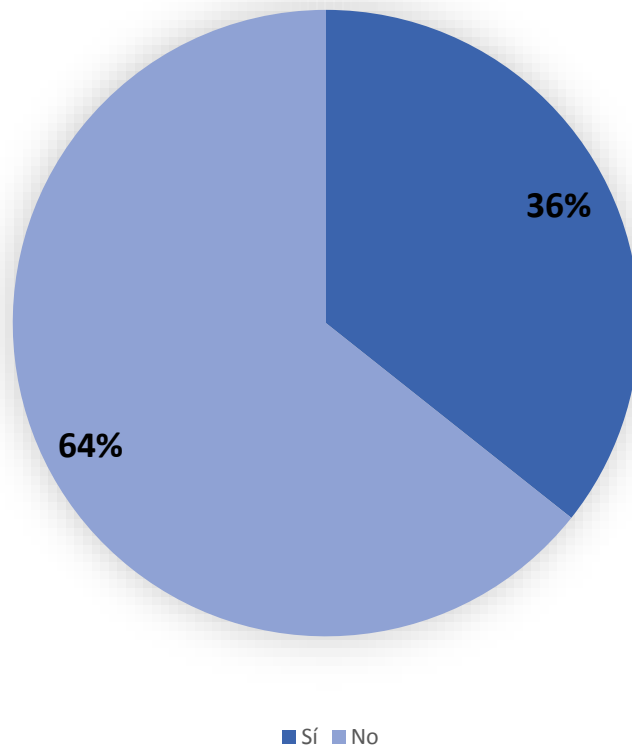
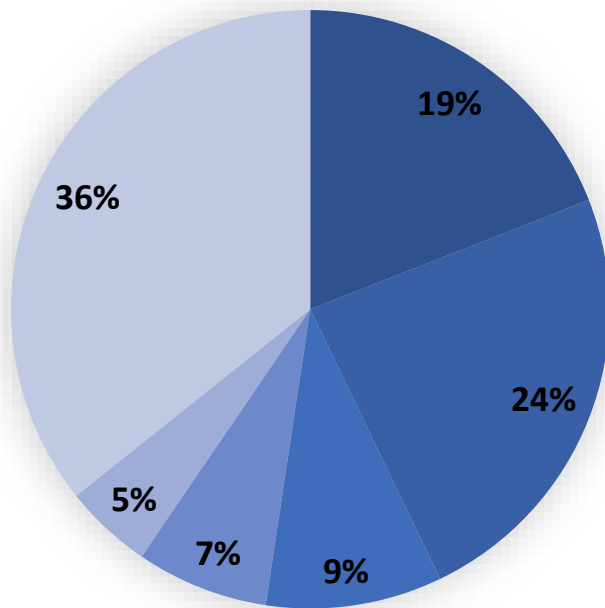


Figura N° 17. Distribución porcentual de usuarios (as) que han padecido de depresión. San Pedro de Barva, 2018. Fuente: Elaboración propia, 2018.

Con respecto a la variable de si han padecido depresión con anterioridad, predominan las mujeres que no han presentado la enfermedad con un 64%.



■ 1-3 semanas ■ 1-3 meses ■ 4-7 meses ■ 7 meses - 1 año ■ más de 1 año ■ No experimentó

Figura N° 18. Distribución porcentual de usuarios (as) según el tiempo que experimentó la depresión postparto. San Pedro de Barva, 2018. Fuente: Elaboración propia, 2018

Con respecto a la variable de cuánto tiempo experimentó depresión postparto, predominan las mujeres que no la sufrieron con un 36%.

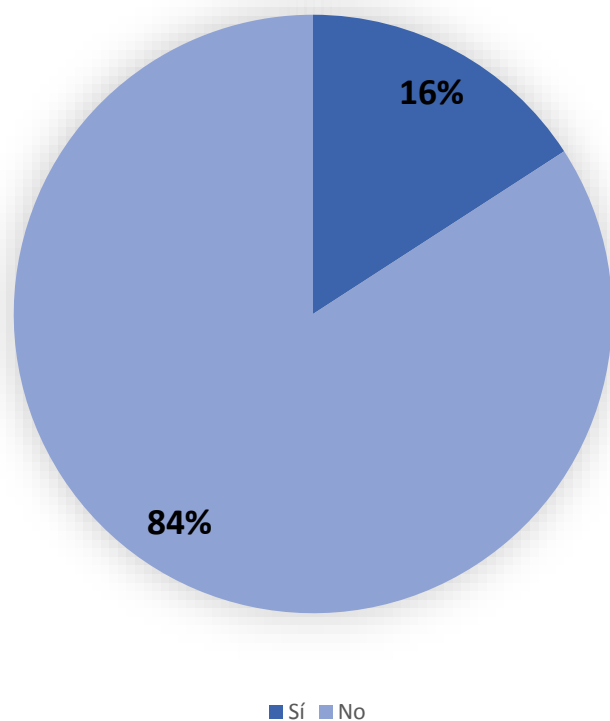


Figura N° 19. Distribución porcentual de usuarios (as) según prescripción médica para la depresión postparto. San Pedro de Barva, 2018. Fuente: Elaboración propia, 2018

Con respecto a la variable si se les prescribió algún medicamento para tratar la depresión postparto, predominan las mujeres a las que no se les otorga ningún medicamento con un 84%.

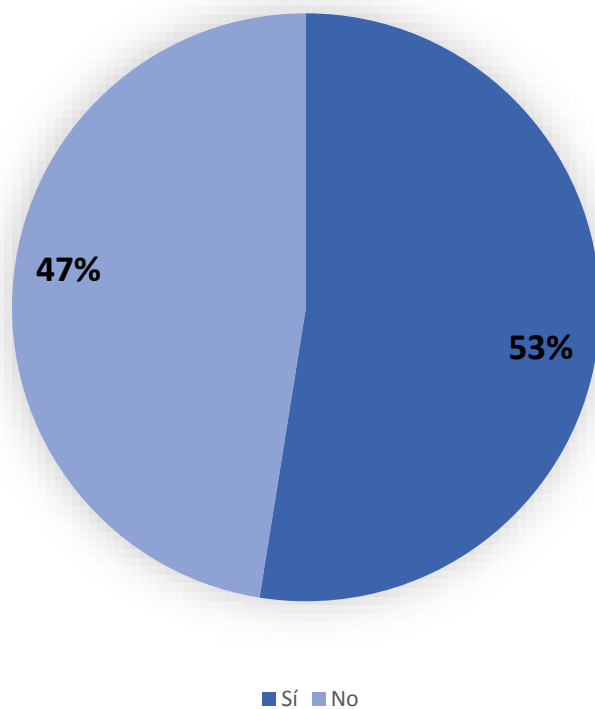


Figura N° 20. Distribución porcentual de usuarios (as) según antecedentes familiares o personales de depresión postparto. San Pedro de Barva, 2018. Fuente: Elaboración propia, 2018

Con respecto a la variable si tienen algún familiar o conocido que padeciera depresión postparto, predominan las mujeres que sí conocían a alguien que haya padecido la enfermedad con un 53%.

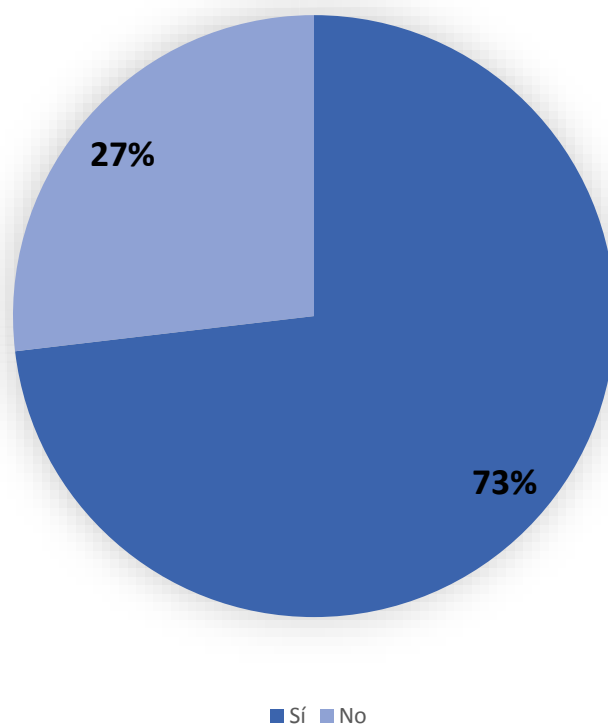


Figura N° 21. Distribución porcentual de usuarios (as) según su percepción de autoestima.

San Pedro de Barva, 2018. Fuente: Elaboración propia, 2018

Con respecto a la variable de percepción de autoestima, predominan las mujeres que perciben su autoestima como alta con un 73%.

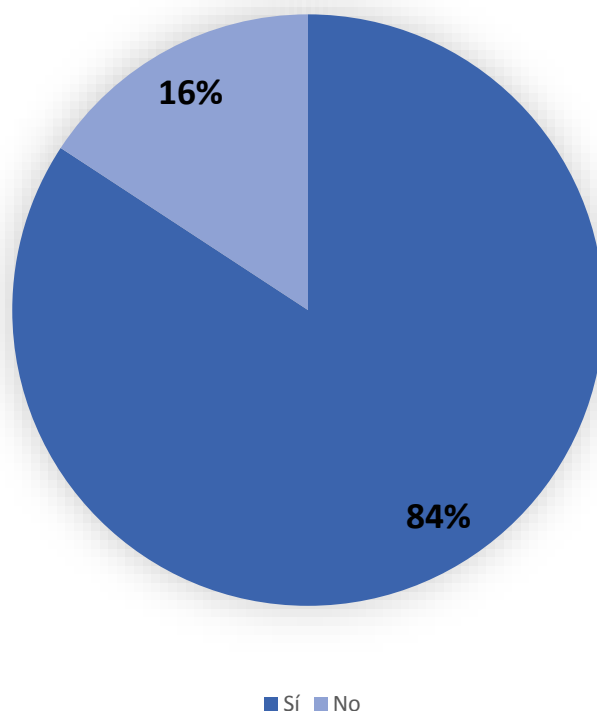


Figura N° 22. Distribución porcentual de usuarios (as) según su percepción de sí misma.

San Pedro de Barva, 2018. Fuente: Elaboración propia, 2018

Con respecto a la variable de la percepción consigo misma como mujer y madre, predominan las mujeres que se sienten bien consigo mismas como mujeres y madres con un 84%.

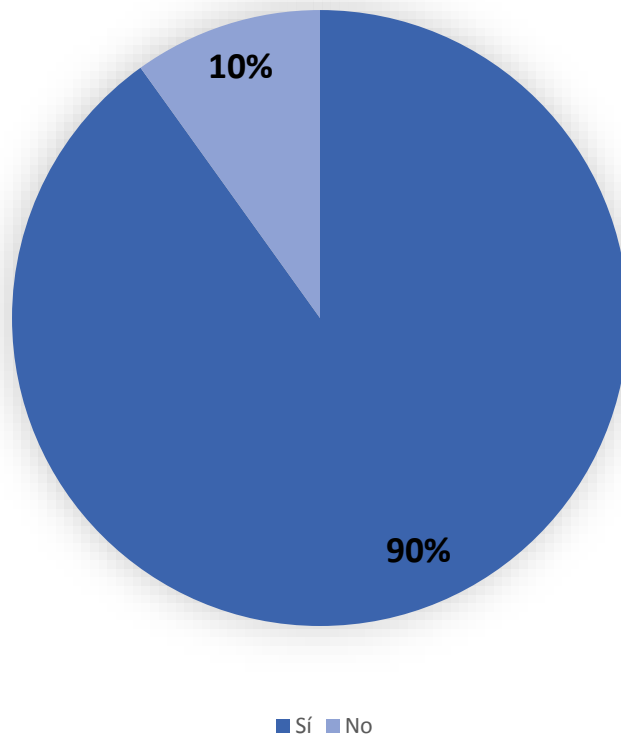


Figura N° 23. Distribución porcentual de usuarios (as) según percepción de sentirse útil en la sociedad. San Pedro de Barva, 2018. Fuente: Elaboración propia, 2018

Con respecto a la variable de sentirse útil, predominan las mujeres que sí se consideran así en la sociedad con un 90%.

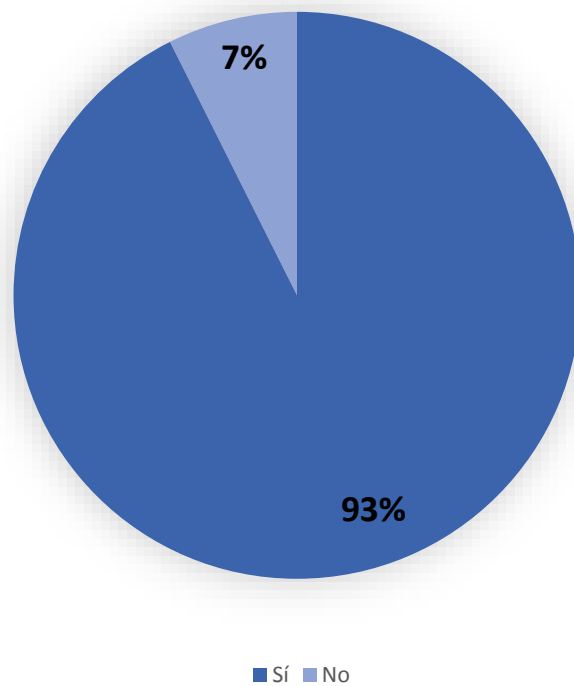


Figura N° 24. Distribución porcentual de usuarios (as) según percepción de que posee buenas cualidades como persona y mujer. San Pedro de Barva, 2018. Fuente: Elaboración propia, 2018

Con respecto a la variable si siente que posee buenas cualidades como persona y mujer, predominan las mujeres que sienten que sí las tienen con un 93%.

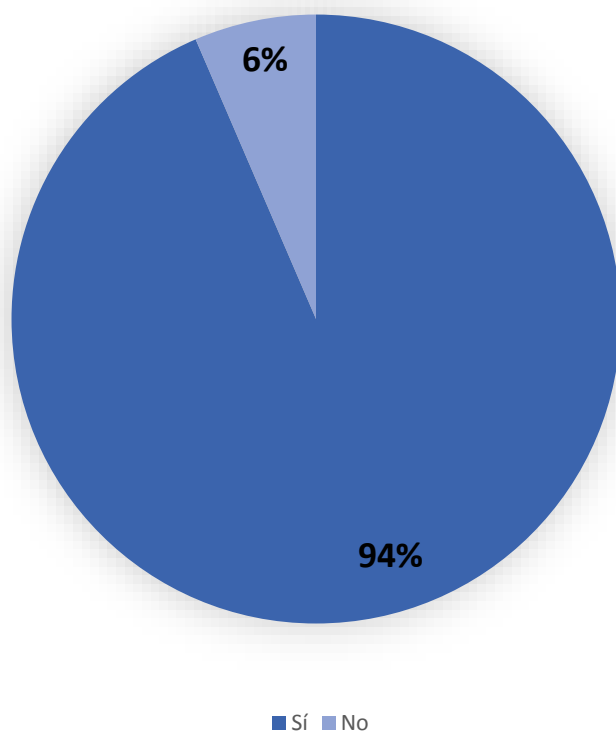


Figura N° 25. Distribución porcentual de usuarios (as) según su percepción en su relación de ser madre. San Pedro de Barva, 2018. Fuente: Elaboración propia, 2018

Con respecto a la variable de la percepción en relación con ser madre, predominan las mujeres que sí se sienten identificadas con el rol de madre con un 94%.

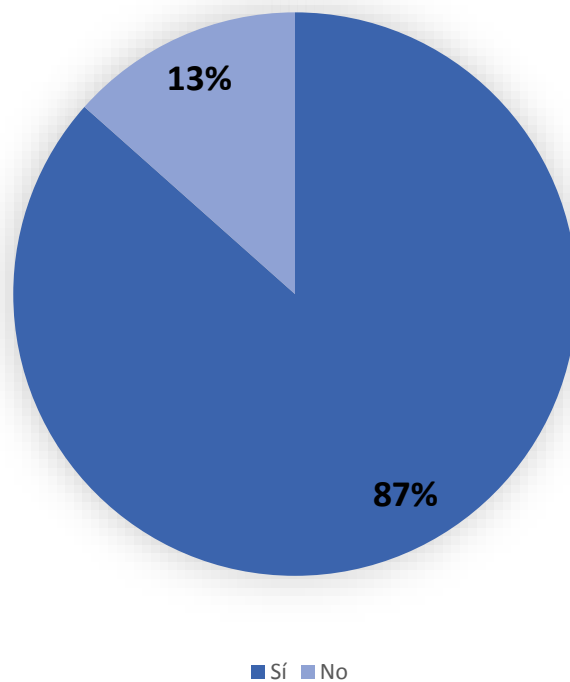


Figura N° 26. Distribución porcentual de usuarios (as) según apoyo familiar en el rol de madre. San Pedro de Barva, 2018. Fuente: Elaboración propia, 2018

Con respecto a la variable de contar con el apoyo de su familia, predominan las mujeres que sí cuentan con ese apoyo con un 87%.

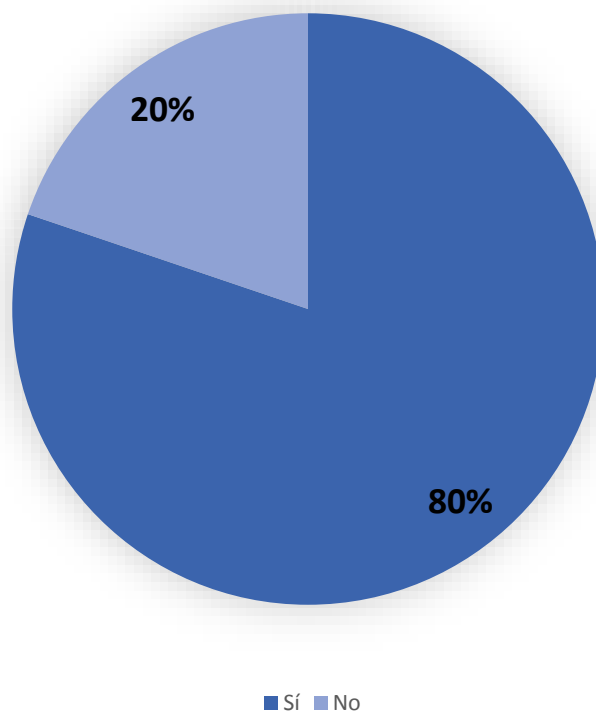


Figura N° 27. Distribución porcentual de usuarios (as) según apoyo emocional por parte de su familia. San Pedro de Barva, 2018. Fuente: Elaboración propia, 2018

Con respecto a la variable de recibir apoyo emocional por parte de la familia, predominan las mujeres que sí cuentan con un 80%.

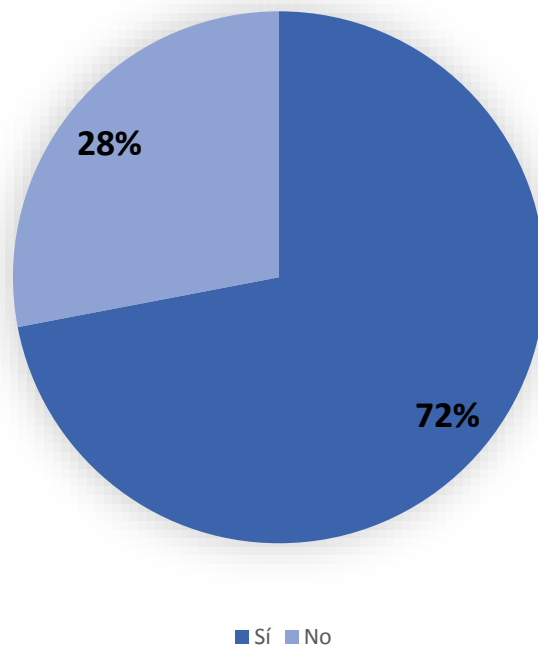


Figura N° 28. Distribución porcentual de usuarios (as) según apoyo emocional adecuado por parte de su pareja. San Pedro de Barva, 2018. Fuente: Elaboración propia, 2018

Con respecto a la variable de percibir apoyo emocional por parte de su pareja, predominan las mujeres que sí lo reciben de forma adecuada por parte de su pareja con un 72%.

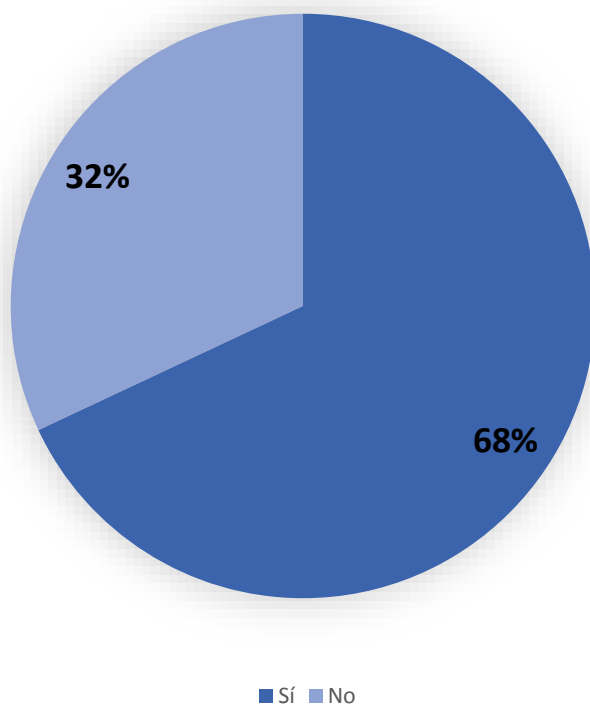


Figura N° 29. Distribución porcentual de usuarias según apoyo en las tareas domésticas por parte de su pareja sentimental. San Pedro de Barva, 2018. Fuente: Elaboración propia, 2018

Con respecto a la variable de recibir apoyo en las tareas domésticas por parte de la pareja sentimental, predominan las mujeres que sí lo reciben con un 68%.

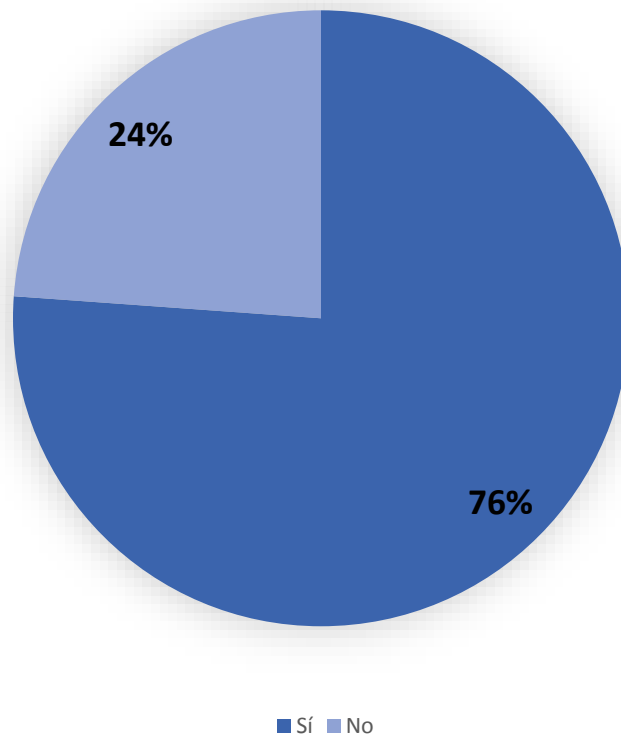


Figura N° 30. Distribución porcentual de usuarias según su nivel de confianza para pedir ayuda a su pareja sentimental. San Pedro de Barva, 2018. Fuente: Elaboración propia, 2018

Con respecto a la variable del nivel de confianza para pedir ayuda a su pareja sentimental, predominan las mujeres que sí pueden contar con la ayuda de su pareja con un 76%.

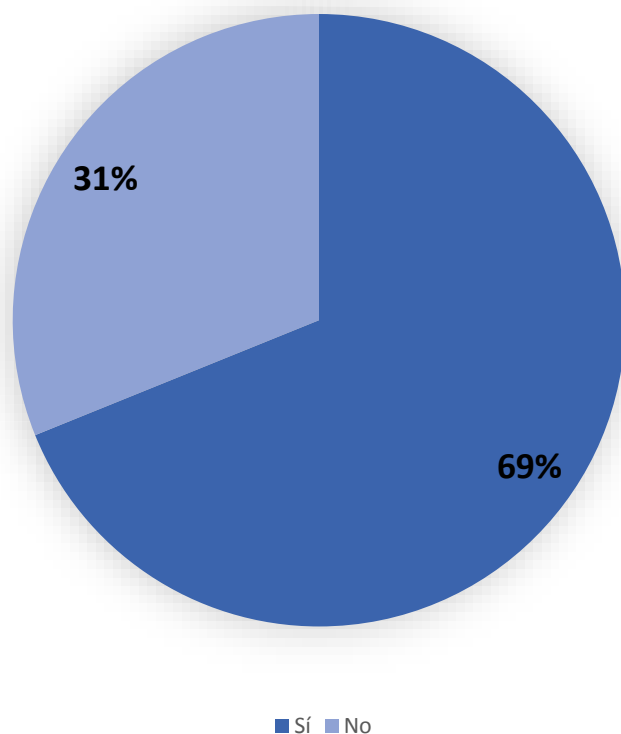


Figura N° 31. Distribución porcentual de usuarias según satisfacción con su situación de convivencia en pareja. San Pedro de Barva, 2018. Fuente: Elaboración propia, 2018

Con respecto a la variable si se sienten satisfechas con su situación de convivencia en pareja, predominan las mujeres que se sienten satisfechas con su situación de convivencia con un 69%.

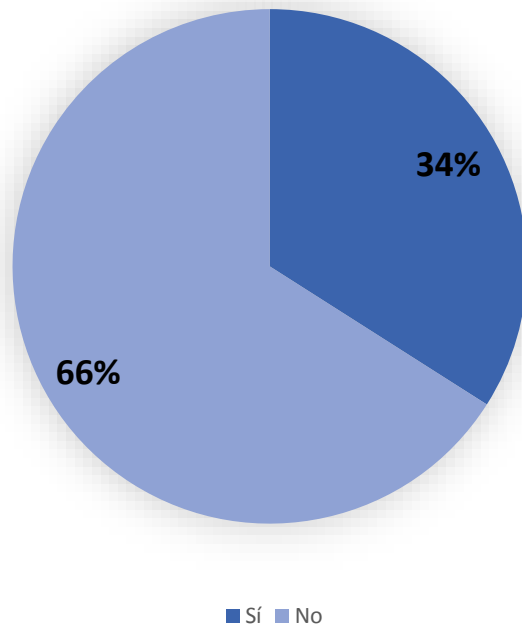


Figura N° 32. Distribución porcentual de usuarias según inconvenientes de pareja desde la llegada de sus hijas (os). San Pedro de Barva, 2018. Fuente: Elaboración propia, 2018

Con respecto a la variable si han experimentado problemas de pareja desde la llegada de sus hijos, predominan las mujeres que no los han tenido con un 66%.

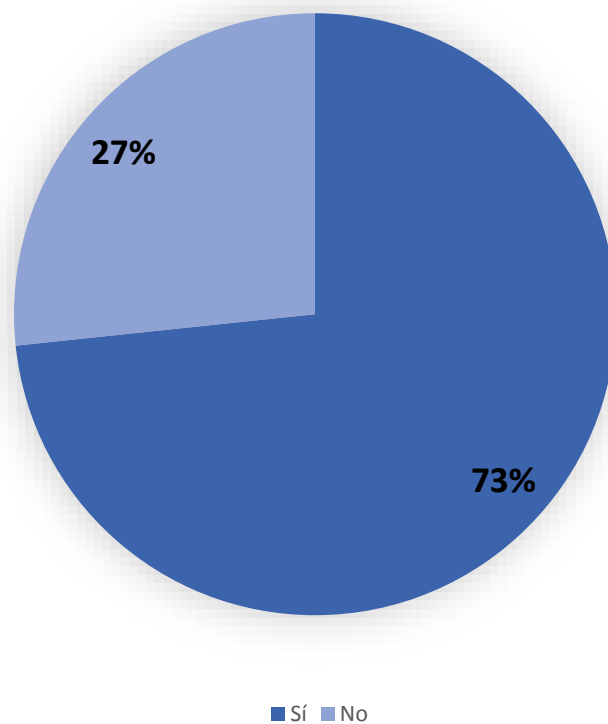


Figura N° 33 Distribución porcentual de usuarias según percepción de su relación de pareja como una buena relación sentimental. San Pedro de Barva, 2018. Fuente: Elaboración propia, 2018.

Con respecto a la variable de sí considera que tiene una buena relación con su pareja sentimental predomina las mujeres que si tienen una buena relación de pareja con un 73%.

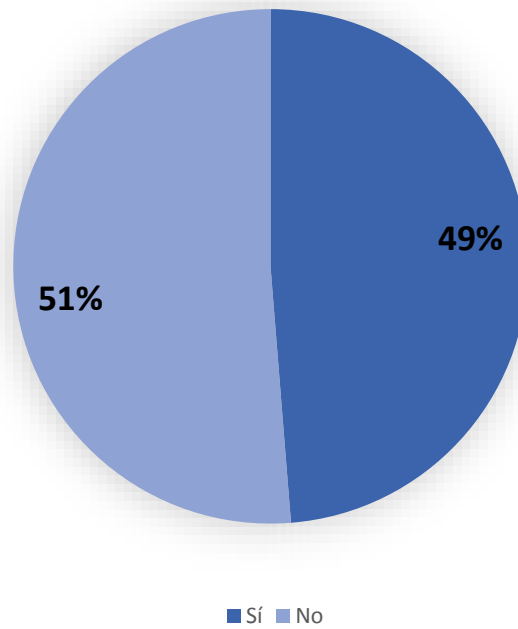


Figura N° 34. Distribución porcentual de usuarias según si ha experimentado recientemente la muerte de un familiar. San Pedro de Barva, 2018. Fuente: Elaboración propia, 2018

Con respecto a la variable si ha experimentado recientemente la muerte de un familiar, predominan las mujeres que no han sufrido esa pérdida con un 51%.

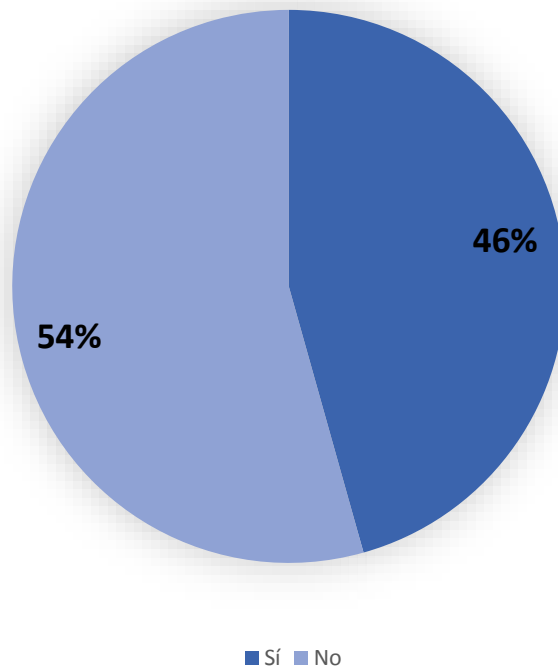


Figura N° 35. Distribución porcentual de usuarias según experiencia reciente de enfermedad de un familiar. San Pedro de Barva, 2018. Fuente: Elaboración propia, 2018

Con respecto a la variable si ha experimentado recientemente la enfermedad de un familiar, predominan las mujeres que no han tenido esa situación recientemente con un 54%.

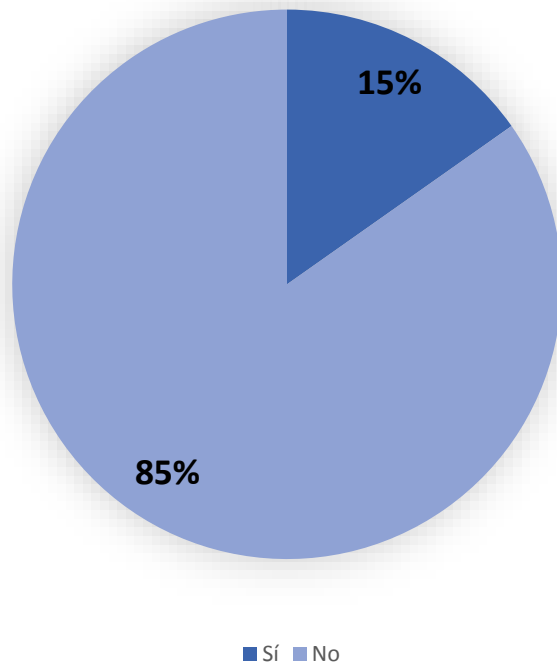


Figura N° 36. Distribución porcentual de usuarias según experiencia reciente de cambios en su residencia. San Pedro de Barva, 2018. Fuente: Elaboración propia, 2018

Con respecto a la variable si ha experimentado cambios en su residencia, predominan las mujeres que no han tenido cambio de residencia recientemente con un 85%.

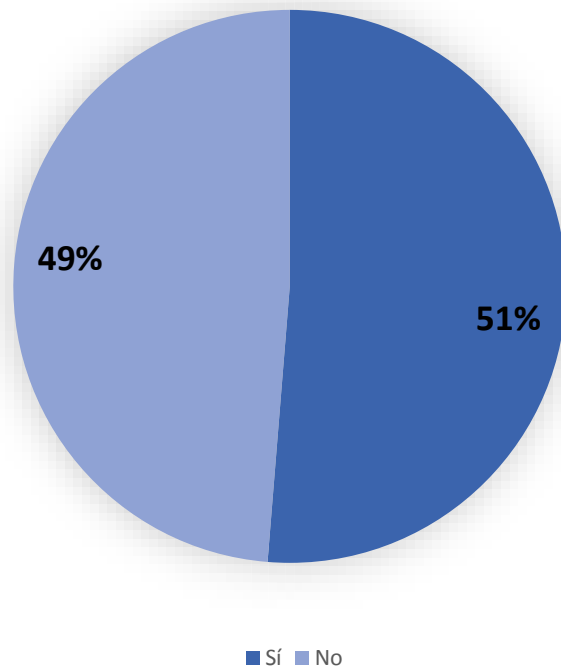


Figura N° 37. Distribución porcentual de usuarias según presencia de problemas financieros recientemente. San Pedro de Barva, 2018. Fuente: Elaboración propia, 2018

Con respecto a la variable si ha experimentado problemas financieros recientemente, predominan las mujeres que sí los han tenido recientemente con un 51%.

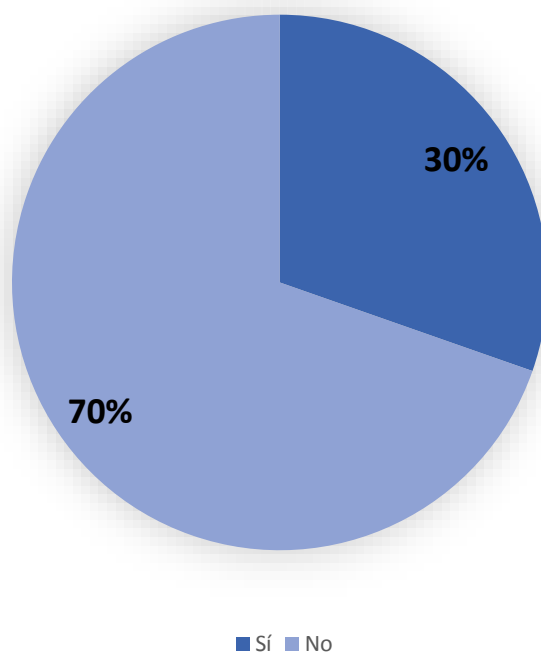


Figura N° 38. Distribución porcentual de usuarias según experiencia reciente de desempleo, San Pedro de Barva, 2018. Fuente: Elaboración propia, 2018

Con respecto a la variable si ha experimentado desempleo actualmente, predominan las mujeres que no lo han experimentado recientemente con un 70%.

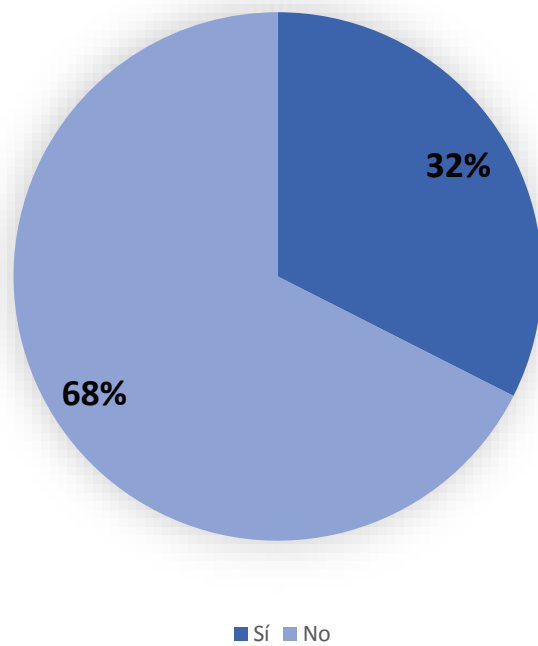


Figura N° 39. Distribución porcentual de usuarias según experiencia reciente de problemas matrimoniales. San Pedro de Barva, 2018. Fuente: Elaboración propia, 2018

Con respecto a la variable si ha experimentado problemas matrimoniales actualmente, predominan las mujeres que no los han experimentado recientemente con un 68%.

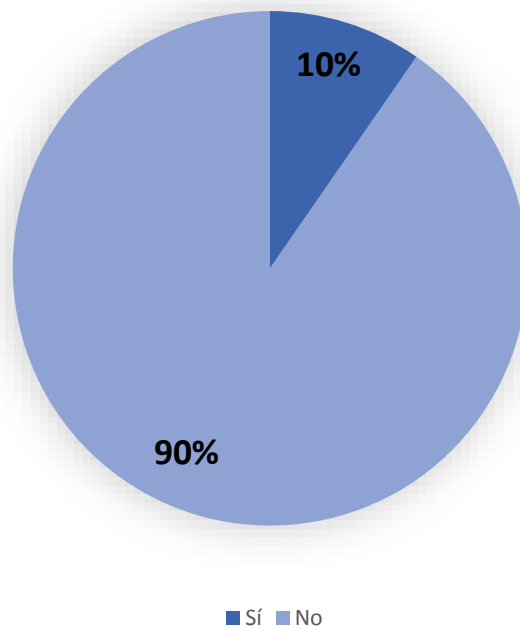


Figura N° 40. Distribución porcentual de usuarias según si su hijo (a) presenta problemas de alimentación. San Pedro de Barva, 2018. Fuente: Elaboración propia, 2018.

Con respecto a la variable si su hijo (a) presenta problemas de alimentación, predominan las mujeres cuyos hijos no tienen problemas alimenticios con un 90%.

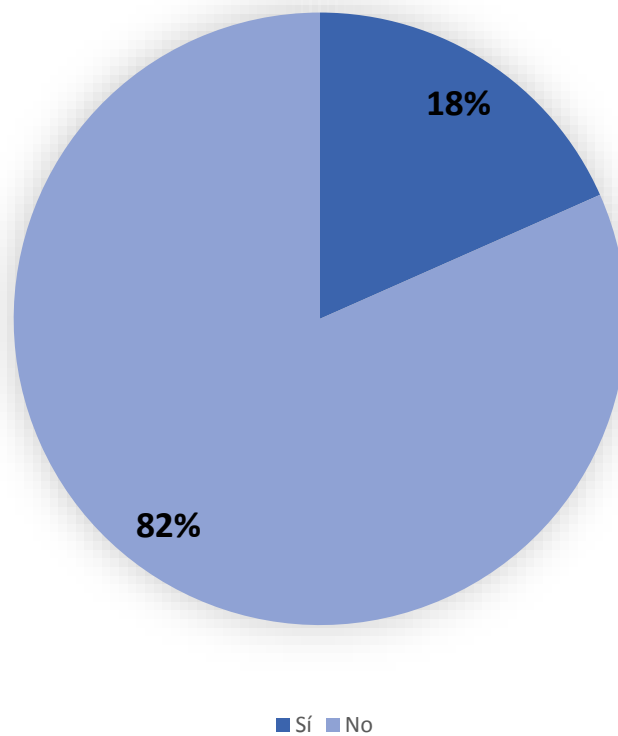


Figura N° 41. Distribución porcentual de usuarias según presencia de problemas de sueño en el niño (a). San Pedro de Barva, 2018. Fuente: Elaboración propia, 2018

Con respecto a la variable si su hijo (a) presenta problemas de sueño, predominan las mujeres cuyos hijos no tienen problemas con el sueño con un 82%.

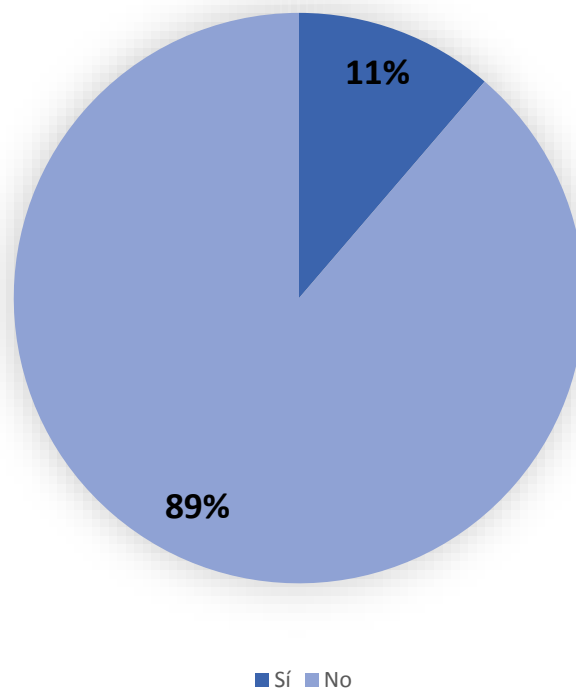


Figura N° 42. Distribución porcentual de usuarias según presencia de problemas de salud en el niño (a). San Pedro de Barva, 2018. Fuente: Elaboración propia, 2018

Con respecto a la variable si su hijo (a) presenta algún problema de salud, predominan las mujeres cuyos hijos no los evidencian con un 89%.

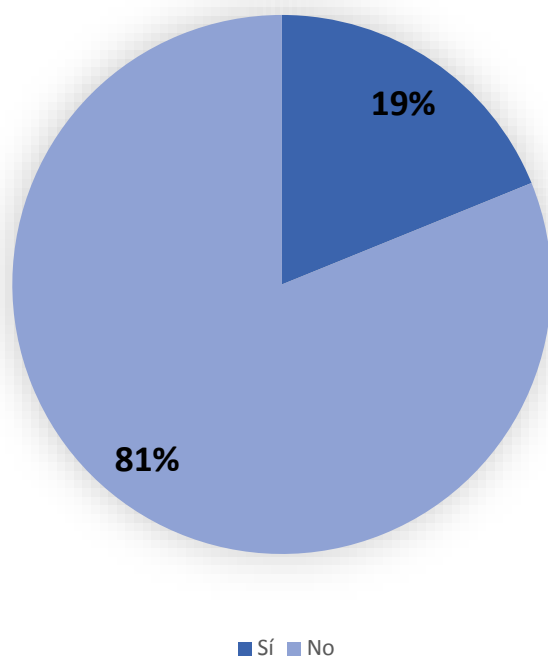


Figura N° 43. Distribución porcentual de usuarias según presencia de problemas para calmar o consolar a su niño (a). San Pedro de Barva, 2018. Fuente: Elaboración propia, 2018

Con respecto a la variable si su hijo (a) es difícil de calmar o consolar, predominan las mujeres, cuyos hijos no presentan problemas para calmar o consolarlos con un 81%.

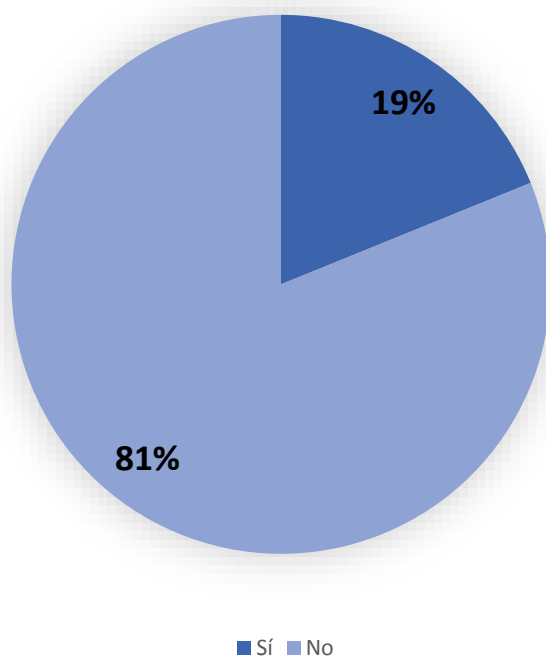


Figura N° 44. *Distribución porcentual de usuarias según presencia de problemas en el niño(a) como la irritabilidad y el nerviosismo. San Pedro de Barva, 2018. Fuente: Elaboración propia, 2018*

Con respecto a la variable si considera su hijo (a) irritable o nervioso (a), predominan las mujeres que consideran que ellos no son irritables o nerviosos con un 81%.

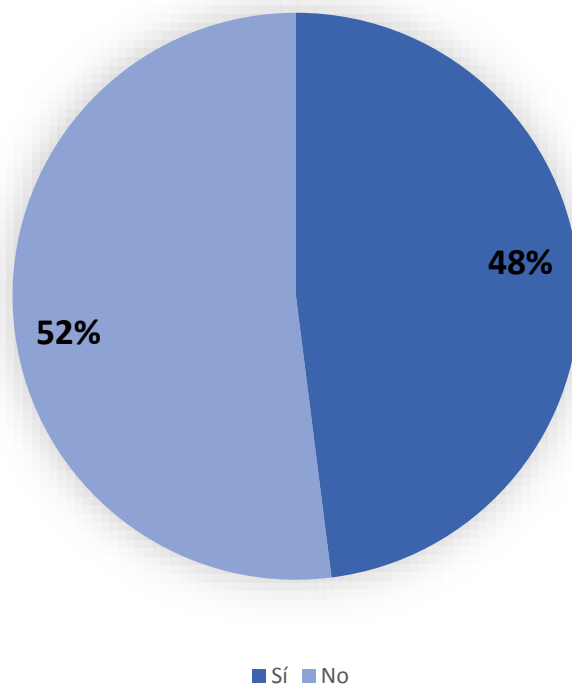


Figura N° 45. *Distribución porcentual de usuarias según presencia de periodos de llanto o cambio de humor en la primera semana después del parto. San Pedro de Barva, 2018.*

Fuente: Elaboración propia, 2018

Con respecto a la variable si experimentó un breve periodo de llanto o cambio de humor en la primera semana después del parto, predominan las mujeres que no experimentaron cambios de humor con un 52%.

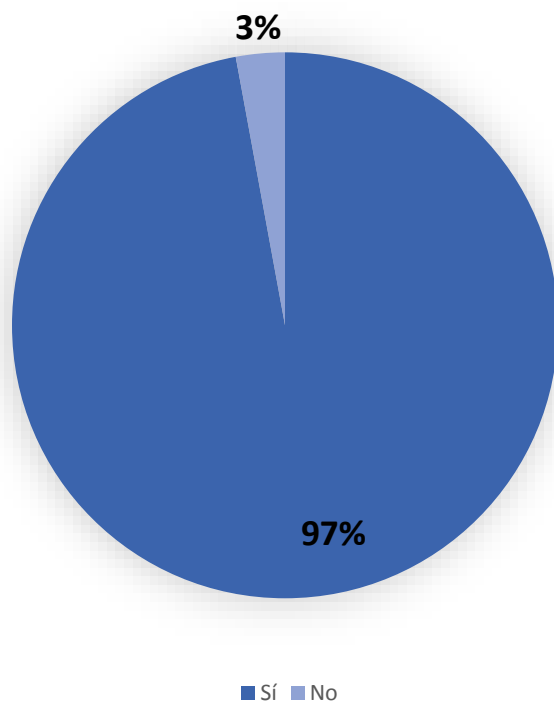


Figura N° 46. *Distribución porcentual de usuarias según si se siente identificada como la madre de su hijo o hija. San Pedro de Barva, 2018. Fuente: Elaboración propia, 2018*

Con respecto a la variable si se siente identificada como la madre de su hijo o hija, predominan las mujeres que sí se sienten identificadas como madres de sus hijos con un 97%.

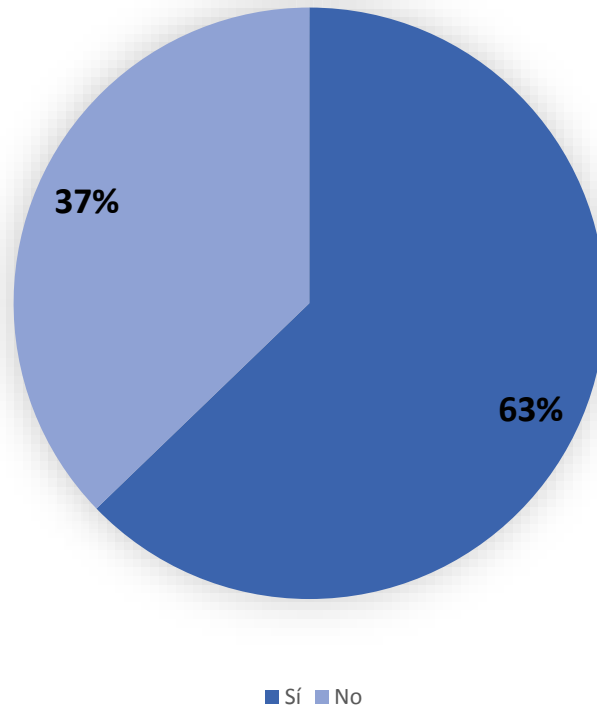


Figura N° 47. *Distribución porcentual de usuarias según sentimientos de culpa cuando las cosas no salen bien. San Pedro de Barva, 2018. Fuente: Elaboración propia, 2018*

Con respecto a la variable si se han tenido sentimientos de culpa cuando las cosas no salen bien, predominan las mujeres que sí han experimentado sentimientos de culpa con un 63%.

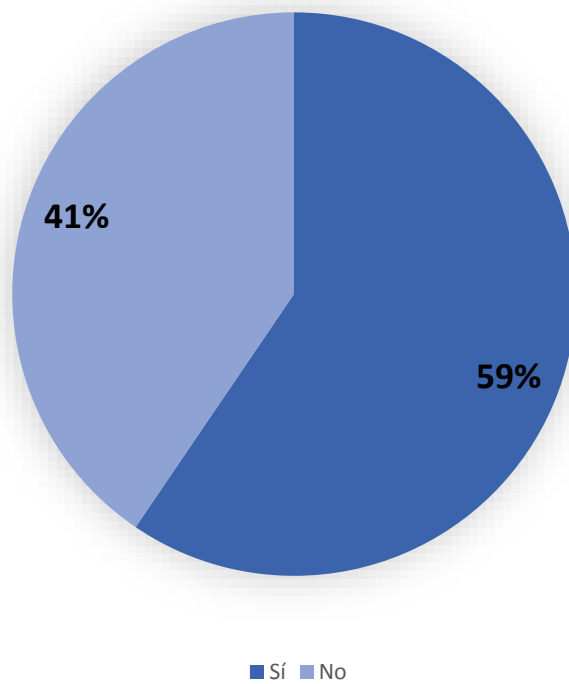


Figura N° 48. *Distribución porcentual de usuarias según sentimientos de ansiedad o estrés sin motivo. San Pedro de Barva, 2018. Fuente: Elaboración propia, 2018*

Con respecto a la variable si se ha sentido ansiosa y estresada sin motivo, predominan las mujeres que sí se han sentido ansiosas y estresadas sin motivo con un 59%.

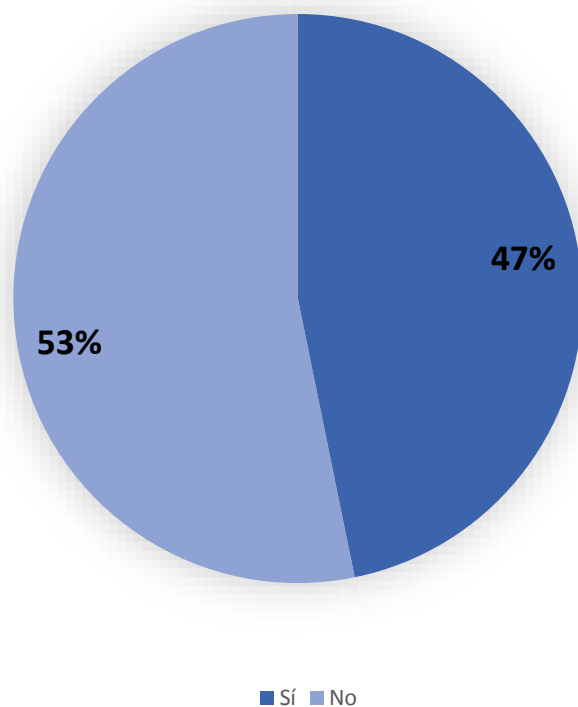


Figura N° 49. *Distribución porcentual de usuarias según sentimientos de miedo o pánico sin motivo. San Pedro de Barva, 2018. Fuente: Elaboración propia, 2018*

Con respecto a la variable si se ha sentido con miedo o pánico sin motivo, predominan las mujeres que no lo han experimentado con un 53%.

Factores de riesgo	Signos	Síntomas	Factor protector
Lugar de residencia			
Estado civil			Estado civil "Casada"
Nivel educativo			Nivel educativo de más de 6 años de escolaridad
Número de hijos		Ansiedad prenatal	
Ocupación	Historial clínico de depresión o	Gestación no planeada	Trabajar fuera del hogar
Edad	trastornos afectivos	Autopercepción de	
Ingreso Económico	previos al embarazo	la autoestima como	
Asumir el rol materno	Presencia de tristeza postparto	baja Poco apoyo social y marital	
Lactancia materna	Estrés vital	Estrés con el cuidado del niño	Presencia de lactancia materna
Apoyo social y cultural			
Ansiedad y estrés			
Apoyo marital			
Autopercepción de la autoestima			Percepción de la autoestima como alta

Antecedentes de
trastornos afectivos

Embarazo no
deseado

Actitud hacia la
maternidad

Figura N° 50. *Relación entre factores de riesgo, signos y síntomas de depresión postparto y factores protectores. San Pedro de Barva, 2018. Fuente: Elaboración propia, 2018*

Se logra establecer una relación entre los factores de riesgo, signos y síntomas y factores protectores para la población en estudio.

CAPÍTULO V

DISCUSIÓN E INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS

|

DISCUSIÓN

El reconocimiento de la depresión postparto en la atención médica habitual, y sobre todo primaria, es pobre⁽⁴⁹⁾, especialmente, si se considera el aumento de la depresión en toda la sociedad.

Diversos investigadores, como una manera de enfrentar esta problemática, han introducido el uso de cuestionarios o test de *screening*, para ser realizados en forma antenatal para implementar prevención primaria, o test realizados postnatalmente para intervención precoz o prevención secundaria. Sin embargo, la literatura ha demostrado que solo un tercio de las mujeres asignadas como de "alto riesgo" por estos test desarrollan esta condición.

En vista de lo enunciado anteriormente, se han presentado dos enfoques para el manejo de estas pacientes.⁽⁵⁰⁾ El primero enfatiza la importancia para preparar a los cambios de vida asociados con el embarazo, el parto y el hecho de ser madre, y la implementación de un grupo de intervención (incluyendo parientes). Esto ha mostrado tener un efecto positivo en la incidencia de depresión medida a las ocho semanas.

El otro es clasificar, a las pacientes, como vulnerables; estas mujeres son incorporadas a un grupo de intervención, con sesiones, que se realizan desde el cuarto mes del embarazo a los seis meses post parto⁽⁵¹⁾. Sin embargo, todos estos enfoques excluyen los eventos postnatales, los cuales juegan un rol significativo.

A las pacientes del Área de Salud COOPESIBA con evidencia de esta enfermedad postnatal, se les prevé a través de la hospitalización del recién nacido por diversas complicaciones, o complicaciones médicas durante su embarazo.

Como lo enuncian los datos presentados en el capítulo anterior, el 36% de la población estudiaba no experimenta la patología, ya que la depresión postparto es una patología con poca presencia en las mujeres que se atienden en COOPESIBA, pero a las cuales no se les presta suficiente atención. El perfil epidemiológico en la población no difiere a lo manifestado en otros estudios.

La incidencia de esta enfermedad en la muestra es escasa, es un enfoque inicial para ver la real magnitud de este problema. Se considera que es adecuada la realización de nuevos estudios, que valoren los indicadores como el nivel socioeconómico y educacional, como factores contribuyentes, tal como se realiza en esta investigación.

En los factores de riesgo de las mujeres para el desarrollo de la depresión postparto, se encuentra que incide con un 73% si la relación de pareja se percibe como buena; si se percibe la autoestima como alta, con un 73%; la percepción de sí misma como madre y mujer con un 84%; el llanto en los primeros meses del postparto con un 48%; los problemas financieros con un 51%; la pérdida de un ser querido con un 49%; la enfermedad de un ser querido con 46%; el cambio de residencia solo se da en un 15%.

La edad que predomina es de 30 a 39 años con un 43%; en el nivel educativo, predominan con un 52% las mujeres que tienen estudios universitarios completos; con 72% las mujeres que cuentan con apoyo por parte de su pareja sentimental; la adopción del rol materno se da en un 94% de la población; un 87% cuenta con apoyo por parte de su familia; en el estado civil, predominan las mujeres que se encuentran casadas con un 57%; el 44% de las mujeres cuentan con ingresos económicos suficientes para cubrir las necesidades básicas; y el 64% no ha padecido depresión con anterioridad.

Urdaneta M et al.⁽³⁰⁾ mencionan que la depresión postparto es un estado depresivo mayor sin presencia de síntomas psicóticos y se manifiesta en el primer año del postparto; dentro del cuadro clínico, tiene características que lo diferencian del trastorno depresivo mayor como es el incremento de la mortalidad materna y fetal.

Urdaneta M et al.⁽³⁰⁾ mencionan que, en esta investigación, 129 de las mujeres entrevistadas manifiestan depresión durante el embarazo, inclusive desde el primer mes, algunas incluso mantuvieron esta enfermedad un año después del parto, o sea que se evidencia que hay depresión durante el embarazo, dando continuidad al trastorno depresivo posterior al parto.

Se presentaron 129 casos de depresión postparto en las mujeres entrevistadas, únicamente a 26 de ellas se les prescribe algún medicamento para tratar la depresión postparto, en oposición al predominio de las mujeres a las que no se les prescribe ningún medicamento (84%).

La depresión postparto constituye un verdadero problema de salud pública, si solo se atienden las cifras enunciadas afecta a una de cada tres pacientes, por lo que un manejo multidisciplinario con especialistas como: psicólogos, obstetras y, en casos más severos, psiquiatras, debe estar disponible en todos los niveles de atención.⁽⁴⁰⁾

En Costa Rica, existe la posibilidad de un subdiagnóstico, que demuestra la desestimación de los síntomas de depresión postparto, ya que, desde la parte clínica, estos síntomas se atribuyen a los cambios, que sufre la mujer en su adaptación a la maternidad, y no se les da la importancia que requieren, ya que podrían estar enmascarando un problema afectivo mayor.

Medina-Serdán⁽⁵²⁾ menciona que, dentro de la sintomatología para el *baby blues*, la irritabilidad, la tristeza, el llanto fácil y la desesperación por la dificultad de manejo del recién nacido son característicos en mujeres, que experimentan este tipo de depresión postparto leve. De acuerdo con lo anterior, se evidencia, en la investigación, esta sintomatología en 97 mujeres que sí experimentan llanto o cambio de humor en la primera semana después del parto. Igualmente 108 muestran sentimiento de culpa; 119 ansiedad y estrés; y 96 de ellas, miedo o pánico sin motivo.

Otro factor relevante de esta investigación es la relación de pareja, como evidencia el estado emocional en que se desarrolla la pareja ante la llegada de un hijo, en donde 66 mujeres indican tener problemas de pareja desde la llegada de sus hijos; 47 de ellas reportan no tener la confianza para solicitar ayuda a su pareja sentimental.

Urdaneta M et al.⁽³⁰⁾ señalan que la edad como factor de riesgo se presenta en los extremos, ya sea en adolescentes o en mujeres de edad más avanzada. En la adolescencia, las mujeres son más propensas a presentar depresión postparto por factores desmoralizadores del entorno social y esto las vuelve más vulnerables a la misma. Partiendo de lo anterior, durante la investigación, se evidencian 30 jóvenes, que, en ese momento, se encuentran en período postnatal durante las visitas de campo, que presentan como factor de riesgo para la depresión su edad adolescente.

Por otro lado, según Urdaneta M et al.⁽³⁰⁾, en cambio, a las mujeres adultas, el desorden hormonal, que se da en el puerperio, les puede desencadenar una recaída de depresión, posibilidad que se detecta en las 85 mujeres entre los 30 a 39 años de edad, rango de edad donde más se evidencian embarazos.

La relación de variables influye en la presentación de depresión postparto, indica en su estudio, que la edad materna y la presencia de cuadros depresivos en el embarazo son factores de riesgo, que interactúan entre sí, y tienen mayor susceptibilidad para padecer esta enfermedad.

Urdaneta M et al.⁽³⁰⁾ señalan que la edad como factor de riesgo se presenta en los extremos, ya sea en adolescentes o en mujeres de edad más avanzada. Explica que, en la adolescencia, las mujeres son más propensas a presentar depresión postparto por factores desmoralizadores del entorno social, que las vuelve más vulnerables a la depresión postparto. En la investigación, se encuentran 30 jóvenes en edades de 12 a 19 años; y 85, entre 20 a 29 años.

Con respecto al indicador de ingresos, 187 mujeres reciben ingresos superiores al salario mínimo legal vigente (más de 251,000 colones), mientras que 15 de ellas (7%) tienen ingresos menores al salario mínimo legal vigente. Pese a lo anterior, 100 de ellas (51%) han experimentado problemas financieros recientemente.

En relación con la actividad laboral, Urdaneta M et al.⁽³⁰⁾ indican que el trabajar fuera del hogar y recibir una remuneración puede actuar como factor protector ante la depresión postparto; sin embargo, las amas de casa que se dedican exclusivamente al hogar son más propensas a desarrollar la enfermedad, en especial si se encuentran a cargo de otros niños pequeños; de igual manera, perder el empleo durante la gestación es un factor de riesgo para el progreso de depresión postparto, como es el caso de las 58 mujeres que han experimentado desempleo durante la investigación.

En relación con la educación, Alvarado E et al ⁽³³⁾ se refieren al nivel educativo de la madre como factor de riesgo para la depresión postparto. Las mujeres, que tienen más de seis años de educación, tienen menos posibilidad de presentar este trastorno en relación con las mujeres, que tienen menos o igual a seis años de educación. En la investigación realizada, se evidencia el factor de riesgo descrito anteriormente en 58 mujeres, que no alcanzan estudios universitarios.

La educación es una condición esencial para prevenir la depresión postparto. Se encuentran 17 mujeres, que logra obtener un técnico; 107, nivel universitario completo; y 21 no logra completar; así lo mencionan Navarro et al. ⁽³⁵⁾ la educación tiene un gran impacto en la salud mental de la mujer, ya que, en esta, se aprenden técnicas de afrontamiento; sin embargo, cuando no se tiene un nivel de escolaridad alto, se pierden habilidades, como las de manejo del estrés, se dificulta la búsqueda de atención de salud y se deteriora la autoestima.

Entre los factores sociales, se encuentran la carencia de vivienda, la privación de este recurso tiende a contribuir en el incremento de los trastornos mentales y conductuales ya que favorece su prevalencia, empeora la evolución del trastorno, y las repercusiones económicas del estado, aumenta el gasto sanitario y la pérdida de empleo.

El contar o no con una vivienda tiene un efecto en la salud mental de la paciente. Por el dominio de los factores estresantes y los acontecimientos adversos, en algunos casos, no contar con este bien, vivir en espacios alquilados o prestados es inseguro, más en una condición en la que se encuentran, además si deben en ocasiones desocupar el lugar donde habitan les genera dificultad para encontrar una vivienda aceptable. Al consultar sobre la tenencia de vivienda, se encuentran 74 mujeres que cuentan con vivienda propia, ya sea

pagada o en proceso de cancelación de estas; mientras que, en 51 mujeres, sus viviendas son alquiladas o prestadas, siendo estas más propensas a contribuir con la depresión postparto.

La condición física de la vivienda también es un factor que compromete a la salud somática y mental de las mujeres, sobre todo cuando se encuentran en hacinamiento. En este caso, 27 mujeres comparten vivienda con más de cinco miembros, considerando con esto que el espacio para la familia es reducido y para el niño también.

En relación con los servicios básicos como aspecto fundamental para una madre, se identifican 70 mujeres, que manifiestan que, algunas veces, pueden pagar sus recibos y otras casi nunca, siendo esta circunstancia un factor de riesgo que provoca la aparición de la enfermedad. Sin embargo, 56 mujeres indican no contar con apoyo de sus parejas y, en este caso, son más propensas a padecer de depresión postparto, siendo que este es uno de los factores emocionalmente relevantes para las mujeres en período de postparto.

Con respecto a la variable de apoyo emocional por parte de la familia, predomina en 162 mujeres que sí cuentan con apoyo por parte de familiares, mientras que 40 indican no contar con este tipo de apoyo. La ansiedad es la fuente de muchos problemas de salud actuales, no solo de salud mental o emocional, sino también física.

De los problemas identificados, 105 presentan síntomas de ansiedad durante la gestación, a pesar de haber planeado su embarazo; del total de partos, 105 son por cesárea (63%); y 127, parto vaginal. Se describe un solo caso de parto post-término anteriormente, 160 de ellas tienen más de dos hijos (un caso con presencia de aborto).

Otro factor importante de esta investigación es la relación de pareja, como evidencia el estado emocional en que se desarrolla la pareja ante la llegada de un hijo. Sesenta y seis mujeres indican tener problemas de pareja desde la llegada de sus hijos; 47 de ellas reportan no tener la confianza para solicitar ayuda a su pareja sentimental.

Con respecto al antecedente de patología psiquiátrica, 72 de las mujeres incluidas han padecido de depresión anteriormente; dos la presentaron en el puerperio de partos anteriores. Por otro lado, 104 de las madres reconocen tener un familiar de primer grado con antecedentes de depresión. En cuanto a la estabilidad laboral como indicador de análisis, se detecta que 58 mujeres han experimentado el desempleo actualmente, por esta razón 38 de ellas han tenido que cambiar de residencia recientemente.

Con respecto a la llegada de los hijos, 133 de las mujeres (64%) manifiestan haber tenido problemas con sus parejas; sin embargo, 147 del total de ellas (202) mantienen, actualmente, una buena relación con sus parejas. Con la llegada del bebé, 88 mujeres experimentan un breve período de llanto o cambio de humor, sin que este sentimiento fuese un impedimento para identificarse como madres de sus hijos.

En cuanto a los sentimientos, que afloran en este período de postparto, 108 mujeres manifiestan un sentimiento de culpa cuando las cosas no salen bien, 119 de ellas se han sentido ansiosas y estresadas sin motivo alguno, así como 95 han sentido miedo o pánico sin motivo.

Por último, 73 de ellas no tienen pareja, y 14, a pesar de tenerla, no están casadas. Con respecto a la patología estudiada, 129 (64%) presentan depresión postparto, según los criterios establecidos para la investigación. Pese a que hay 129 casos de depresión

postparto en las mujeres entrevistadas, únicamente, a 26 de ellas, se les prescribe algún medicamento para tratar la depresión postparto, predomina a las que no se les receta ningún medicamento (84%).

Urdaneta M et al.⁽³⁰⁾ mencionan que, para las mujeres adultas, el desorden hormonal, que se da en el puerperio, les puede desencadenar una recaída de depresión, posibilidad que se detecta en las 85 mujeres entre los 30 a 39 años de edad, rango de edad donde más se evidencian embarazos.

Se logra comprobar que la relación de variables influye en la presentación de depresión postparto. Indican, en su estudio, que la edad materna y la presencia de cuadros depresivos en el embarazo son factores de riesgo, que interactúan entre sí, y que indican mayor susceptibilidad para padecer esta enfermedad.

CAPÍTULO VI

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

6.1. Conclusiones

Para la población en estudio, se concluye que, en gestas anteriores, las mujeres han experimentado depresión postparto; sin embargo, no es tratada como tal ni detectada a tiempo por los servicios de salud. Actualmente, de las mujeres inscritas en el centro de salud COOPESIBA solo una pequeña parte de esa población indica que no ha experimentado nunca depresión postparto.

Se logran identificar los factores de riesgo para el desarrollo de la depresión postparto: la relación de pareja, la edad que tenga la mujer cuando quede embarazada, los problemas financieros, la estabilidad económica, el apoyo por parte de familiares, haber experimentado depresión antes de quedar embarazada y la enfermedad o muerte de un ser querido; son los que se consideran más influyentes para el desarrollo de la depresión postparto según esta investigación.

La identificación de los signos y síntomas para la depresión postparto debe ser oportuna, ya que las mujeres sí presentan signos y síntomas de depresión durante el periodo postparto como son la presencia de ansiedad, miedo y el llanto fácil en las primeras semanas del postparto. La mayoría de las mujeres logra identificar estos signos y síntomas como típicos de depresión postparto; sin embargo, en los servicios de salud, no se les brinda la adecuada importancia en su detección y tratamiento oportuno.

Se puede establecer una relación entre los factores de riesgo, signos y síntomas, ya que las madres más jóvenes son más propensas a padecer depresión postparto, ya que están menos preparadas para asumir la responsabilidad de un hijo; de igual manera, las mujeres que no cuenten con los ingresos económicos necesarios o tengan problemas financieros. Sin

embargo, no todas las mujeres, por tener estas condiciones, van a padecer depresión postparto, ya que también tienen factores protectores hacia la patología, como tener un nivel de educación alto, el apoyo de la familia y la lactancia materna.

6.2. Recomendaciones

- El área de salud COOPESIBA debe llevar a cabo, en las consultas postparto de la madre, un test de tamizaje para la detección de la depresión postparto, para así poder evidenciar y documentar los signos y síntomas que presente la madre en el postparto.
- El área de enfermería debe evidenciar, en la tarjeta prenatal de la madre, los factores de riesgo, que tenga para el desarrollo de la depresión postparto, para que puedan ser abordados desde que la madre se encuentra en el postparto inmediato en un centro hospitalario.
- El área de salud COOPESIBA debe efectuar un seguimiento eficiente a las madres, que tengan factores de riesgo para la depresión postparto y presenten signos y síntomas, para poder mejorar su condición mediante acciones multidisciplinarias en el primer nivel de atención.
- El área de salud COOPESIBA debe desarrollar talleres en los que se brinde, a las madres, las herramientas necesarias para poder identificar de manera temprana los factores de riesgo para la depresión postparto, que puedan tener presentes cada una, y, así de esta manera, evitar que les afecte en la etapa del puerperio.
- El área de salud COOPESIBA debe ejecutar grupos de apoyo para madres, que se encuentren en etapa de postparto y que presenten depresión postparto, para poder brindarles herramientas para afrontar los diferentes problemas que estén sucediendo, y métodos para poder sobrellevar el reto de la maternidad.

BIBLIOGRAFÍA

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Dois A, Uribe C, Villarroel L, Contreras A. Factores de riesgo asociados a síntomas depresivos postparto en mujeres de bajo riesgo obstétrico atendidas en el sistema público. *Rev Médica Chile*. junio de 2012;140(6):719-25.
2. vol7n4pag5-11.pdf [Internet]. [citado 15 de noviembre de 2017]. Disponible en: <http://www.federacion-matronas.org/resourceserver/252/d112d6ad-54ec-438b-9358-4483f9e98868/e3d/rglang/es-ES/filename/vol7n4pag5-11.pdf>
3. Tamires Alexandre F, Ferreira N, Gomes A, d'Ávila Siqueira D, Vieira do Nascimento K, Neto X, et al. Actuación de enfermería frente a la depresión postparto en las consultas de puericultura. *Enferm Glob*. enero de 2013;12(29):404-19.
4. Mendoza B C, Saldivia S. Actualización en depresión postparto: el desafío permanente de optimizar su detección y abordaje. *Rev Médica Chile*. julio de 2015;143(7):887-94.
5. Aramburú P, Arellano R, Jáuregui S, Pari L, Salazar P, Sierra O. Prevalencia y factores asociados a depresión posparto en mujeres atendidas en establecimientos de salud del primer nivel de atención en Lima Metropolitana, junio 2004. *Rev Perú Epidemiol* [Internet]. 2008 [citado 15 de noviembre de 2017];12(3). Disponible en: <http://www.redalyc.org/resumen.oa?id=203120335006>
6. Latorre-Latorre JF, Contreras-Pezzotti LM, Herrán-Falla OF. Depresión posparto en una ciudad colombiana. Factores de riesgo. *Aten Primaria*. 1 de marzo de 2006;37(6):332-8.
7. Medina-Serdán E. Diferencias entre la depresión postparto, la psicosis postparto y la tristeza postparto. *Perinatol Reprod Humana*. enero de 2013;27(3):185-93.
8. Fabiola Alfaro Vargas. Manual de intervención dirigido a profesionales en psicología para el tratamiento de mujeres que padecen trastornos afectivos en el postparto. Universidad de Costa Rica, Escuela de Ciencias Sociales; 2005.
9. Molina Chávez R, Leiva Díaz V. NECESIDADES EDUCATIVAS DE LAS MADRES ADOLESCENTES ACERCA DE LA ETAPA DE POSPARTO. *Enferm Actual En Costa Rica* [Internet]. 2010 [citado 23 de enero de 2018];(18). Disponible en: <http://www.redalyc.org/resumen.oa?id=44817860005>
10. 25114.pdf [Internet]. [citado 23 de enero de 2018]. Disponible en: <http://repositorio.sibdi.ucr.ac.cr:8080/jspui/bitstream/123456789/1661/1/25114.pdf>
11. Rodríguez Fernández B, Durán Castillo K. Desempeño de las doulas en la atención de la mujer y su familia durante el periodo gestacional, parto y post parto en Costa Rica. *Enferm Actual En Costa Rica* [Internet]. 2016 [citado 23 de enero de 2018];(30). Disponible en: <http://www.redalyc.org/resumen.oa?id=44843206003>

12. art16.pdf [Internet]. [citado 23 de enero de 2018]. Disponible en: <http://www.binasss.sa.cr/revistas/rmcc/620/art16.pdf>
13. Langer A. Revista Panamericana de Salud Pública. Rev Panam Salud Pública. marzo de 2002;11:192-205.
14. Enrique Jadresic M. Depresión perinatal: Detección y tratamiento. Rev Médica Clínica Las Condes. 1 de noviembre de 2014;25(6):1019-28.
15. F P, María A, Espejo S C, Godoy P C, Gualda de la C M, Hernández O T, et al. Prevalencia y factores de riesgo asociados a la depresión posparto en puérperas de un Centro de Atención Primaria en el Sur de Chile. Rev Médica Chile. enero de 2008;136(1):44-52.
16. nn126Iih.pdf [Internet]. [citado 21 de noviembre de 2017]. Disponible en: <http://www.medigraphic.com/pdfs/revinvcli/nn-2012/nn126Iih.pdf>
17. Dra. Susana Maradiegue Montero. Evolución diagnóstica y manejo terapéutico de la depresión y psicosis postparto de las pacientes egresadas del Hospital Nacional Psiquiátrico, durante el periodo comprendido entre el 2000-2007. Universidad de Costa Rica, Escuela de Ciencias Sociales; 2010.
18. Arelys Vanessa Chaves Ramírez. "Vivencias de la maternidad en tres mujeres, del cantón de Atenas, que presentaron depresión postparto2. Universidad de Costa Rica, Escuela de Ciencias Sociales; 2012.
19. Urdaneta M J, Rivera S A, García I J, Guerra V M, Baabel Z N, Contreras B A. PREVALENCIA DE DEPRESIÓN POSPARTO EN PRIMIGESTAS Y MULTÍPARAS VALORADAS POR LA ESCALA DE EDIMBURGO. Rev Chil Obstet Ginecol. 2010;75(5):312-20.
20. O.F. Herrán-Falla JFL-L. Depresión posparto en una ciudad colombiana. Factores de riesgo. 2006;6:332-8.
21. d5-completo-en-espac3b1ol.pdf [Internet]. [citado 29 de septiembre de 2017]. Disponible en: <https://areaclinicapediatrica.files.wordpress.com/2016/03/d5-completo-en-espac3b1ol.pdf>
22. gom101i.pdf [Internet]. [citado 31 de diciembre de 2017]. Disponible en: <http://www.medigraphic.com/pdfs/ginobsmex/gom-2010/gom101i.pdf>
23. TFG Arrebola_Domnguez_Ana.pdf [Internet]. [citado 21 de febrero de 2018]. Disponible en: http://tauja.ujaen.es/bitstream/10953.1/1634/1/TFG%20Arrebola_Domnguez_Ana.pdf
24. gom086h.pdf [Internet]. [citado 31 de diciembre de 2017]. Disponible en: <http://www.medigraphic.com/pdfs/ginobsmex/gom-2008/gom086h.pdf>

25. Rojas G, Fritsch R, Guajardo V, Rojas F, Barroilhet S, Jadresic E. Caracterización de madres deprimidas en el posparto. *Rev Médica Chile*. mayo de 2010;138(5):536-42.
26. López G, Teresa M^a, Otín Llop R. Sobre la psicosis puerperal. *Rev Asoc Esp Neuropsiquiatría*. 2007;27(2):229-34.
27. 59.pdf [Internet]. [citado 21 de febrero de 2018]. Disponible en: http://www.usfx.bo/nueva/vicerrectorado/citas/SALUD_10/Medicina/59.pdf
28. 05_factores_de_riesgo_asociados_a_la_depresión_post_parto.pdf [Internet]. [citado 26 de septiembre de 2017]. Disponible en: http://www.schilesaludmental.cl/pdf_revistas/2013_01/05_factores_de_riesgo_asociados_a_la_depresion_post_parto.pdf
29. PPD-Edinburgh-Scale_sp.pdf [Internet]. [citado 7 de octubre de 2017]. Disponible en: http://www.nj.gov/health/fhs/maternalchild/documents/PPD-Edinburgh-Scale_sp.pdf
30. Urdaneta M J, Rivera S A, García I J, Guerra V M, Baabel Z N, Contreras B A. Factores de riesgo de depresión posparto en puérperas venezolanas valoradas por medio de la escala de Edimburgo. *Rev Chil Obstet Ginecol*. 2011;76(2):102-12.
31. Alvarado R, Rojas M, Monardes J, Perucca E, Neves E, Olea E, et al. Cuadros depresivos en el postparto en una cohorte de embarazadas: construcción de un modelo causal. *Rev Chil Neuro-Psiquiatr*. abril de 2000;38(2):84-93.
32. Canaval GE, González MC, Martínez Schallmoser L, Tovar MC, Valencia C. Depresión postparto, apoyo social y calidad de vida en mujeres de Cali, Colombia. *Colomb Médica* [Internet]. 2000 [citado 20 de noviembre de 2017];31(1). Disponible en: <http://www.redalyc.org/resumen.oa?id=28331102>
33. gm101a.pdf [Internet]. [citado 23 de enero de 2018]. Disponible en: <http://www.medigraphic.com/pdfs/gaceta/gm-2010/gm101a.pdf>
34. Wolff L C, Valenzuela X P, Esteffan S K, Zapata B D. DEPRESIÓN POSPARTO EN EL EMBARAZO ADOLESCENTE: ANÁLISIS DEL PROBLEMA Y SUS CONSECUENCIAS. *Rev Chil Obstet Ginecol*. 2009;74(3):151-8.
35. Navarro C, Navarrete L, Lara MA. Factores asociados a la percepción de eficacia materna durante el posparto. *Salud Ment*. febrero de 2011;34(1):37-43.
36. Molina ME. Transformaciones Histórico Culturales del Concepto de Maternidad y sus Repercusiones en la Identidad de la Mujer. *Psykhé Santiago*. noviembre de 2006;15(2):93-103.
37. Saletti_Cuesta_articulo_revista_clepsydra.pdf [Internet]. [citado 24 de enero de 2018]. Disponible en: http://digibug.ugr.es/bitstream/10481/14802/1/Saletti_Cuesta_articulo_revista_clepsydra.pdf

38. Jadresic E, Araya R. [Prevalence of postpartum depression and associated factors in Santiago, Chile]. Vol. 123. 1995. 694 p.
39. Cuero-Vidal OL, Díaz-Marín AM. Prevalencia de depresión posparto en el Hospital San Juan de Dios, Cali, Colombia. Septiembre-diciembre, 2011. Rev Colomb Obstet Ginecol [Internet]. 2013 [citado 24 de enero de 2018];64(4). Disponible en: <http://www.redalyc.org/resumen.oa?id=195229800003>
40. Evans M. G, Vicuña M. M, Marín R. DEPRESIÓN POSTPARTO REALIDAD EN EL SISTEMA PÚBLICO DE ATENCIÓN DE SALUD. Rev Chil Obstet Ginecol. 2003;68(6):491-4.
41. 375933973006.pdf [Internet]. [citado 24 de enero de 2018]. Disponible en: <http://www.redalyc.org/pdf/3759/375933973006.pdf>
42. Pérez Villegas R, Sáez Carrillo K, Alarcón Barra L, Avilés Acosta V, Braganza Ulloa I, Coleman Reyes J. Variables posiblemente asociadas a depresión posparto, según escala Edimburgo. Rev Obstet Ginecol Venezuela. septiembre de 2007;67(3):187-91.
43. Moreno Mojica C, Rincón Villa Mil T, Cárdenas A, Marcela Y, Sierra Medina D, Quintero C, et al. THE WOMAN IN POSTPARTUM: A PHENOMENON OF INTEREST AND INTERVENTION FOR THE DISCIPLINE OF NURSING. Rev Cuid. julio de 2014;5(2):739-47.
44. OMS | Salud mental: un estado de bienestar [Internet]. WHO. [citado 25 de enero de 2018]. Disponible en: http://www.who.int/features/factfiles/mental_health/es/
45. politicasaludmental.pdf [Internet]. [citado 25 de enero de 2018]. Disponible en: <http://www.bvs.sa.cr/saludmental/politicasaludmental.pdf>
46. index.pdf [Internet]. [citado 25 de enero de 2018]. Disponible en: http://www.paho.org/cor/index.php?option=com_docman&view=download&category_slug=analisis-de-situacion-de-salud&alias=214-situacion-actual-de-salud-mental-en-costa-rica&Itemid=222
47. guiaprenatal09.pdf [Internet]. [citado 26 de enero de 2018]. Disponible en: <http://www.binasss.sa.cr/libros/guiaprenatal09.pdf>
48. Marriner Tomey A, Raile Alligood M. Modelos y teorías en enfermería. Séptima. Elsevier España, S.L.; 2011.
49. Barnett B, Lockhart K, Bernard D, Manicavasagar V, Dudley M. Mood disorders among mothers of infants admitted to a mothercraft hospital. J Paediatr Child Health. agosto de 1993;29(4):270-5.
50. Elliott SA, Leverton TJ, Sanjack M, Turner H, Cowmeadow P, Hopkins J, et al. Promoting mental health after childbirth: A controlled trial of primary prevention of postnatal depression. Br J Clin Psychol. 1 de septiembre de 2000;39(3):223-41.

51. Shields N, Reid M, Cheyne H, Holmes A, McGinley M, Turnbull D, et al. Impact of midwife-managed care in the postnatal period: An exploration of psychosocial outcomes. *J Reprod Infant Psychol*. 1 de mayo de 1997;15(2):91-108.
52. Medina-Serdán E. Diferencias entre la depresión postparto, la psicosis postparto y la tristeza postparto. *Perinatol Reprod Humana*. Enero de 2013;27(3):185-93.

ANEXOS

Edinburgh Postnatal Depression Scale¹ (EPDS)

Name: _____ Address: _____

Your Date of Birth: _____

Baby's Date of Birth: _____ Phone: _____

As you are pregnant or have recently had a baby, we would like to know how you are feeling. Please check the answer that comes closest to how you have felt **IN THE PAST 7 DAYS**, not just how you feel today.

Here is an example, already completed.

I have felt happy:

- Yes, all the time
- Yes, most of the time This would mean: "I have felt happy most of the time" during the past week.
- No, not very often Please complete the other questions in the same way.
- No, not at all

In the past 7 days:

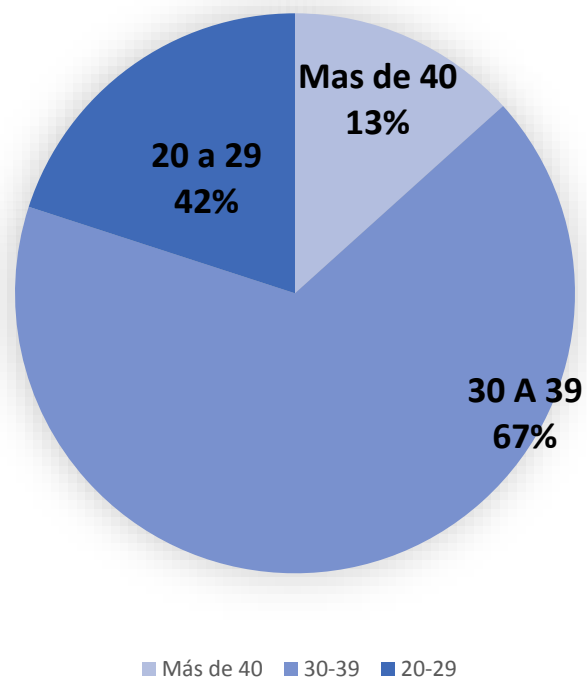
- | | |
|--|--|
| <p>1. I have been able to laugh and see the funny side of things</p> <ul style="list-style-type: none"><input type="checkbox"/> As much as I always could<input type="checkbox"/> Not quite so much now<input type="checkbox"/> Definitely not so much now<input type="checkbox"/> Not at all <p>2. I have looked forward with enjoyment to things</p> <ul style="list-style-type: none"><input type="checkbox"/> As much as I ever did<input type="checkbox"/> Rather less than I used to<input type="checkbox"/> Definitely less than I used to<input type="checkbox"/> Hardly at all <p>*3. I have blamed myself unnecessarily when things went wrong</p> <ul style="list-style-type: none"><input type="checkbox"/> Yes, most of the time<input type="checkbox"/> Yes, some of the time<input type="checkbox"/> Not very often<input type="checkbox"/> No, never <p>4. I have been anxious or worried for no good reason</p> <ul style="list-style-type: none"><input type="checkbox"/> No, not at all<input type="checkbox"/> Hardly ever<input type="checkbox"/> Yes, sometimes<input type="checkbox"/> Yes, very often <p>*5. I have felt scared or panicky for no very good reason</p> <ul style="list-style-type: none"><input type="checkbox"/> Yes, quite a lot<input type="checkbox"/> Yes, sometimes<input type="checkbox"/> No, not much<input type="checkbox"/> No, not at all | <p>*6. Things have been getting on top of me</p> <ul style="list-style-type: none"><input type="checkbox"/> Yes, most of the time I haven't been able to cope at all<input type="checkbox"/> Yes, sometimes I haven't been coping as well as usual<input type="checkbox"/> No, most of the time I have coped quite well<input type="checkbox"/> No, I have been coping as well as ever <p>*7. I have been so unhappy that I have had difficulty sleeping</p> <ul style="list-style-type: none"><input type="checkbox"/> Yes, most of the time<input type="checkbox"/> Yes, sometimes<input type="checkbox"/> Not very often<input type="checkbox"/> No, not at all <p>*8. I have felt sad or miserable</p> <ul style="list-style-type: none"><input type="checkbox"/> Yes, most of the time<input type="checkbox"/> Yes, quite often<input type="checkbox"/> Not very often<input type="checkbox"/> No, not at all <p>*9. I have been so unhappy that I have been crying</p> <ul style="list-style-type: none"><input type="checkbox"/> Yes, most of the time<input type="checkbox"/> Yes, quite often<input type="checkbox"/> Only occasionally<input type="checkbox"/> No, never <p>*10. The thought of harming myself has occurred to me</p> <ul style="list-style-type: none"><input type="checkbox"/> Yes, quite often<input type="checkbox"/> Sometimes<input type="checkbox"/> Hardly ever<input type="checkbox"/> Never |
|--|--|

Administered/Reviewed by _____ Date _____

¹Source: Cox, J.L., Holden, J.M., and Sagovsky, R. 1987. Detection of postnatal depression: Development of the 10-item Edinburgh Postnatal Depression Scale. *British Journal of Psychiatry* 150:782-786 .

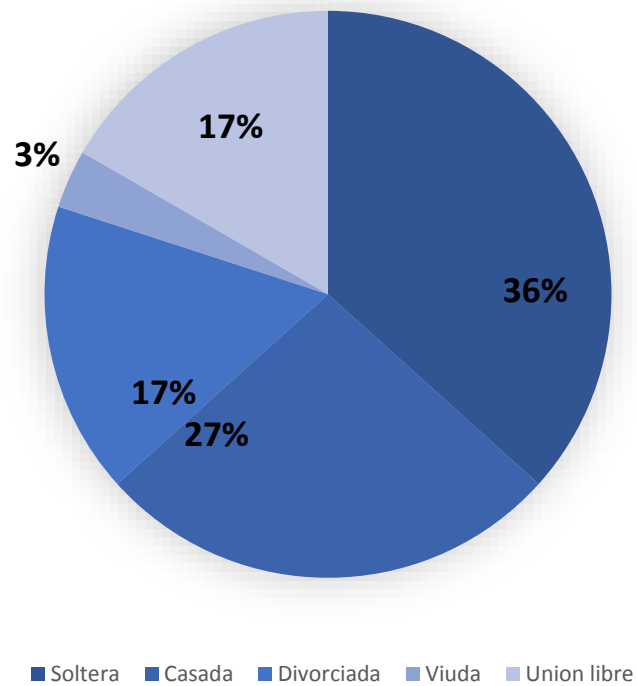
²Source: K. L. Wisner, B. L. Parry, C. M. Plonik, Postpartum Depression *N Engl J Med* vol. 347, No 3, July 18, 2002, 194-199

Users may reproduce the scale without further permission providing they respect copyright by quoting the names of the authors, the title and the source of the paper in all reproduced copies.



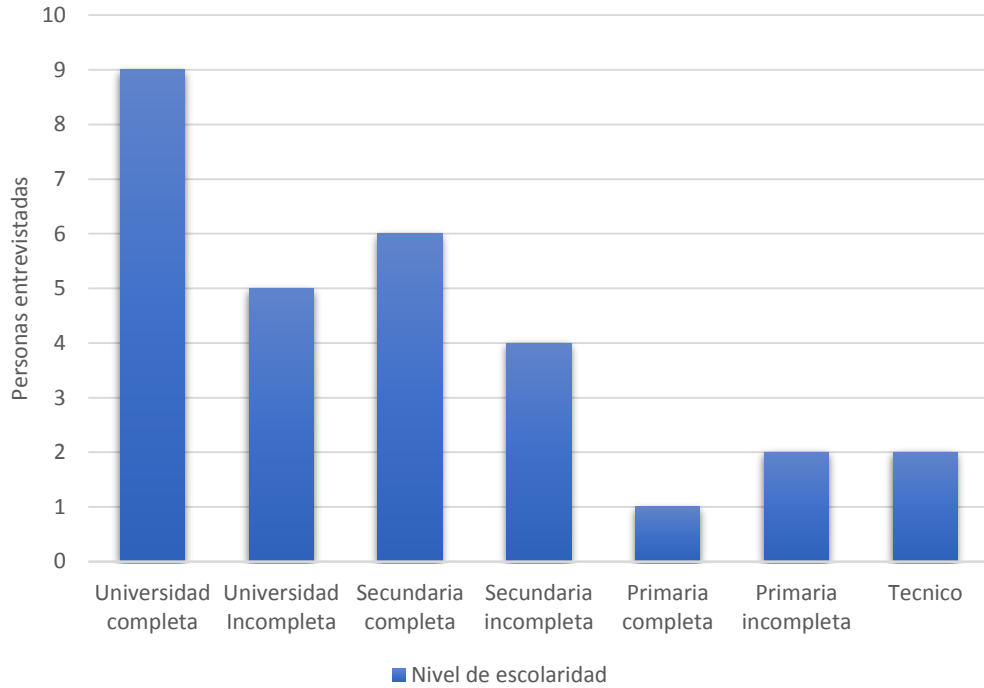
Anexo 3. Plan piloto. Distribución porcentual de la población según edad. Jesús Jiménez, Agua Caliente, Cartago, 2018. Fuente: Elaboración propia, 2018

Con respecto a la variable edad, predominan las mujeres con edades entre 30 - 39 años con un 67%.



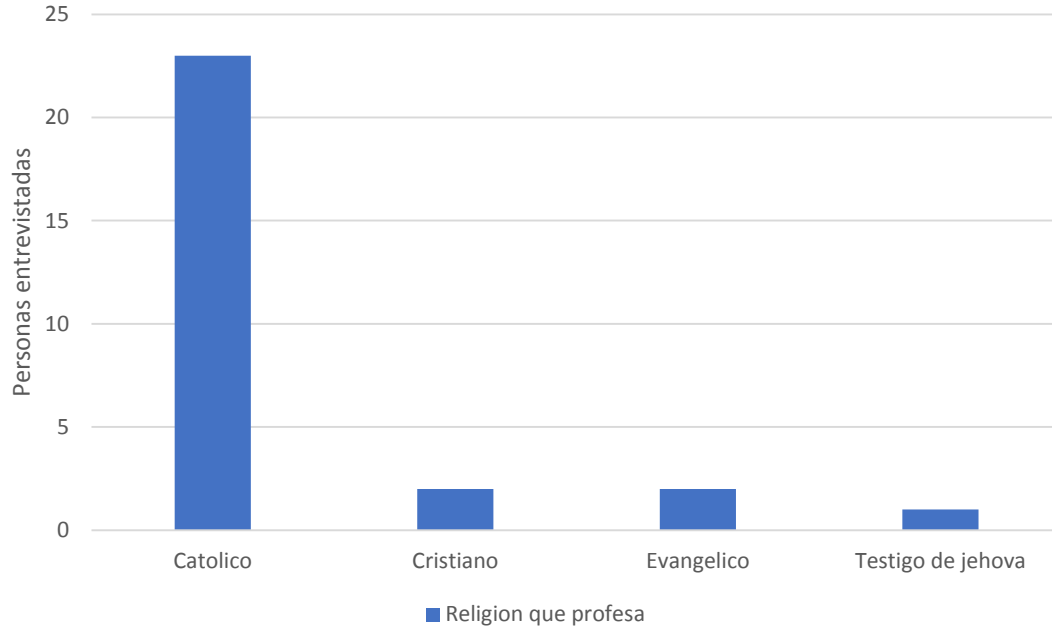
Anexo 3. Plan piloto Distribución porcentual de usuarios (as) según estado civil. Jesús Jiménez, Agua Caliente, Cartago, 2018. Fuente: Elaboración propia, 2018

Con respecto a la variable de estado civil, predominan las mujeres solteras con un 36%.



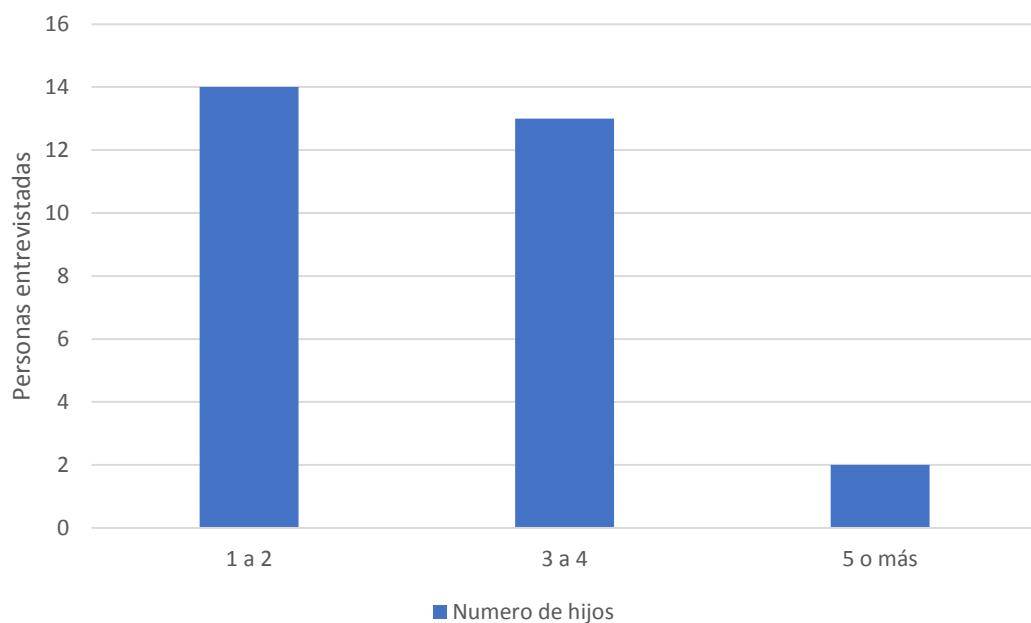
Anexo 3. Plan piloto. Distribución porcentual de usuarios (as) según su nivel de escolaridad. Jesús Jiménez, Agua Caliente, Cartago, 2018. Fuente: Elaboración propia, 2018

Con respecto a la variable de escolaridad, predominan las mujeres con estudios universitarios completos con un 30%.



Anexo 4. Plan piloto. Distribución porcentual de usuarios (as) según la religión que profesa. Jesús Jiménez, Agua Caliente, Cartago, 2018. Fuente: Elaboración propia, 2018

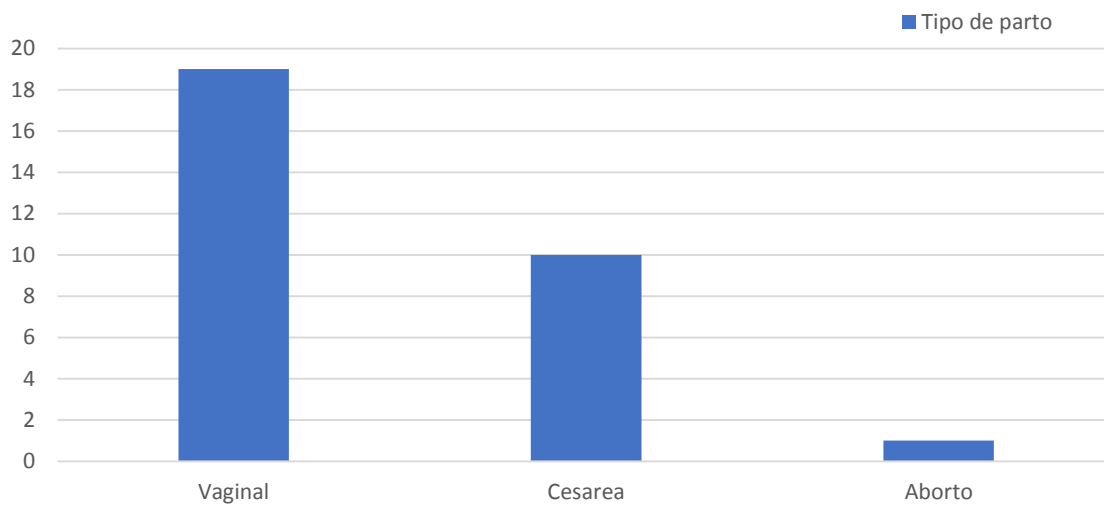
Con respecto a la variable de religión que profesa, predominan las mujeres católicas con 76%.



Anexo 5. Plan piloto. Distribución porcentual de usuarios (as) según número de hijos.

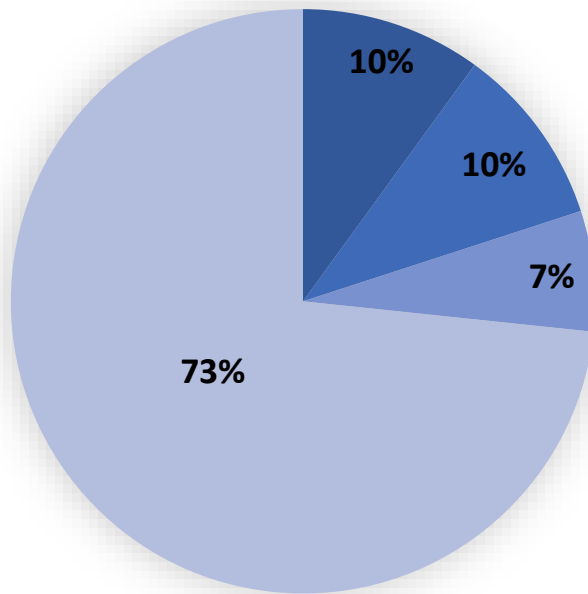
Jesús Jiménez, Agua Caliente, Cartago, 2018. Fuente: Elaboración propia, 2018

Con respecto a la variable de número de hijos, predominan las mujeres con uno o dos hijos con un 46%.



Anexo 6. Plan piloto. Distribución porcentual de usuarios (as) según tipo de parto. Jesús Jiménez, Agua Caliente, Cartago, 2018. Fuente: Elaboración propia, 2018

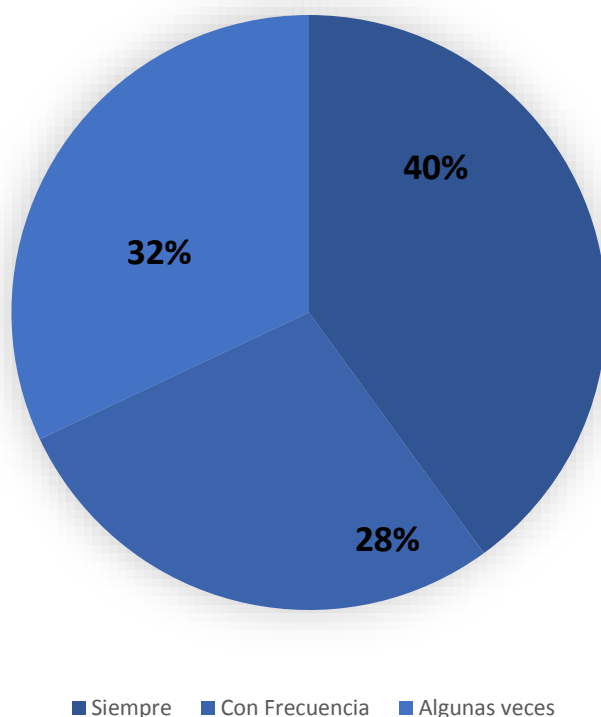
Con respecto a la variable tipo de parto, predominan las mujeres que tuvieron parto vaginal con 63%.



■ ₡150.000 a ₡200.000 ■ ₡201.000 a ₡250.000 ■ ₡251.000 a ₡300.000 ■ ₡301.000 a ₡350.000

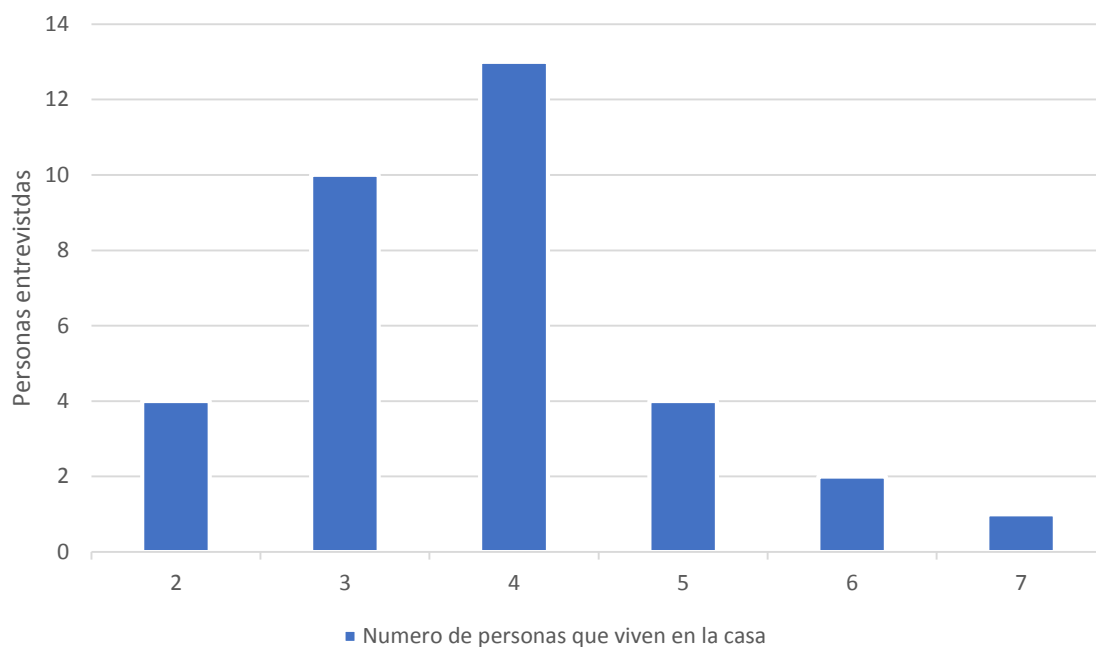
Anexo 7. Plan piloto. Distribución porcentual de usuarios (as) según ingreso económico mensual. Jesús Jiménez, Agua Caliente, Cartago, 2018. Fuente: Elaboración propia, 2018

Con respecto a la variable de ingresos económicos mensuales, predominan las mujeres que cuentan con un ingreso mensual de 301.000 a 350.000, equivalente al 73% de las encuestadas.



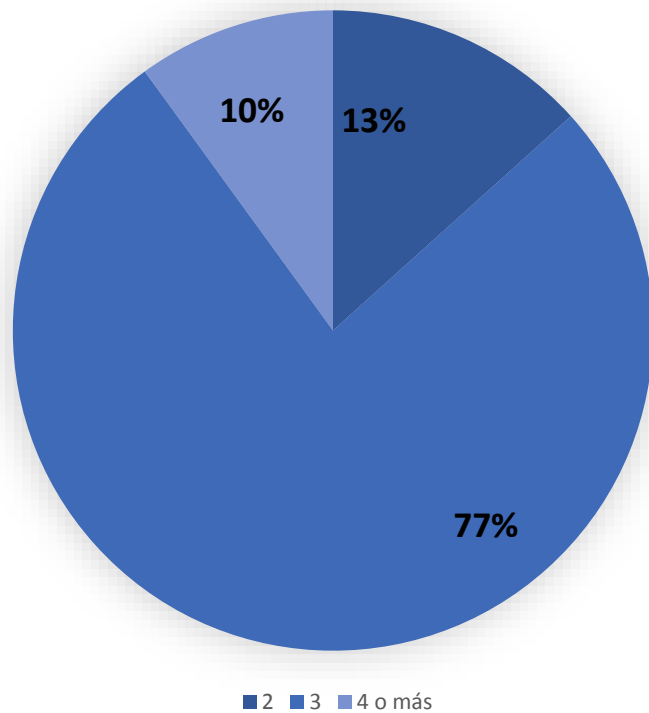
Anexo 8. Plan piloto. Distribución porcentual de usuarios (as) según su ingreso económico para cubrir servicios básicos. Jesús Jiménez, Agua Caliente, Cartago, 2018. Fuente: Elaboración propia, 2018

Con respecto a la relación de ingresos económicos para cubrir los servicios básicos, predominan las mujeres que siempre pueden cubrirlos con un 40%.



Anexo 9. Plan piloto. Distribución porcentual de usuarios (as) según el número de habitantes por casa. Jesús Jiménez, Agua Caliente, Cartago, 2018. Fuente: Elaboración propia, 2018

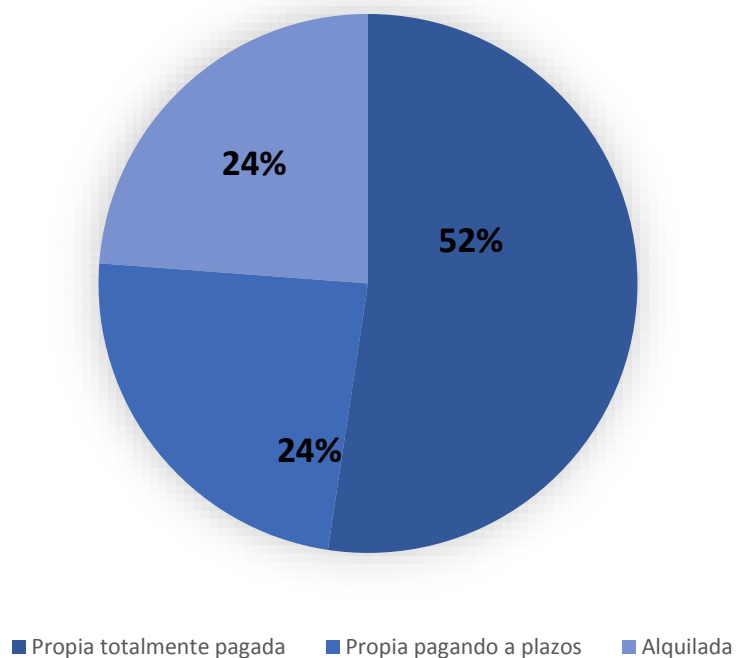
Con respecto a la variable de número de personas que viven en la casa, predominan las mujeres que viven con cuatro personas en la casa con un 43%.



Anexo 10. Plan piloto. Distribución porcentual según número de habitaciones en el hogar.

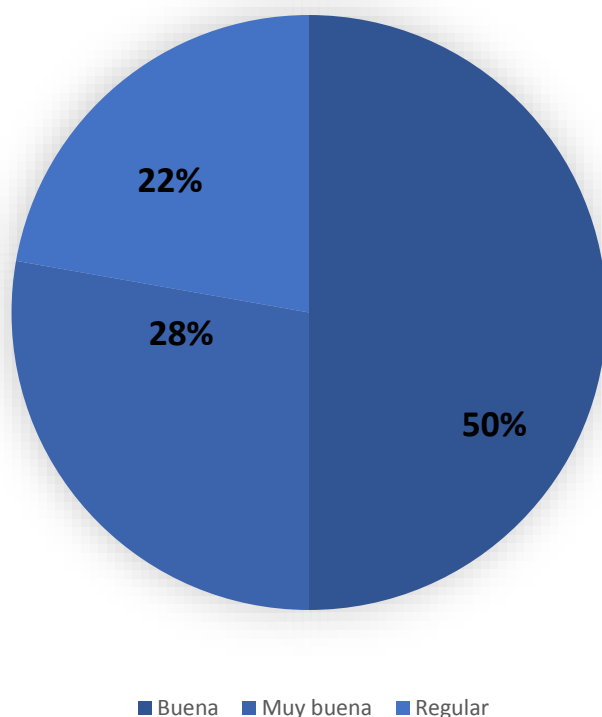
Jesús Jiménez, Agua Caliente, Cartago, 2018. Fuente: Elaboración propia, 2018

Con respecto a la variable número de cuartos de habitación en el hogar, predominan las mujeres que cuentan con tres habitaciones exclusivamente para dormir con un 77%.



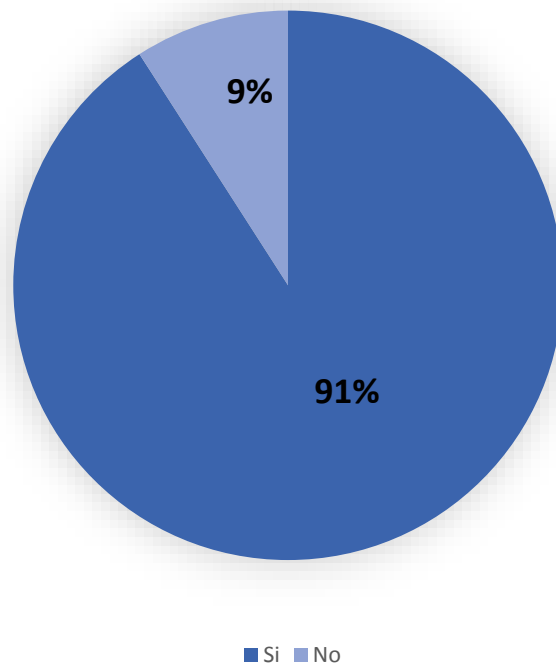
Anexo 11. Plan piloto. Distribución porcentual de usuarios (as) según condición de vivienda. Jesús Jiménez, Agua Caliente, Cartago, 2018. Fuente: Elaboración propia, 2018

Con respecto a la variable condición de la vivienda, predominan las mujeres que cuentan con una vivienda propia totalmente pagada con un 52%.



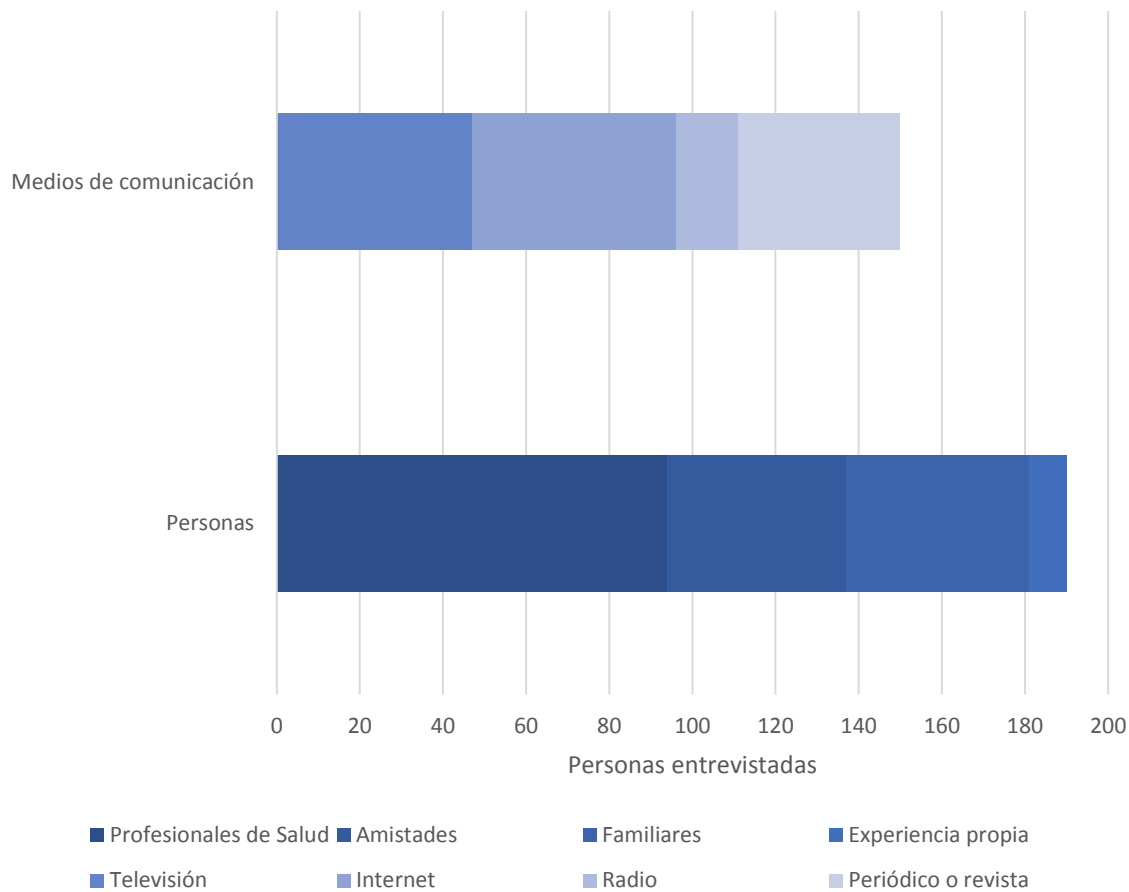
Anexo 12. Plan piloto. Distribución porcentual de usuarios (as) según las condiciones estructurales de sus hogares. Jesús Jiménez, Agua Caliente, Cartago, 2018. Fuente: Elaboración propia, 2018

Con respecto a la variable condiciones estructurales del hogar, predominan las mujeres que cuentan con una vivienda en buena condición estructural con un 50%.



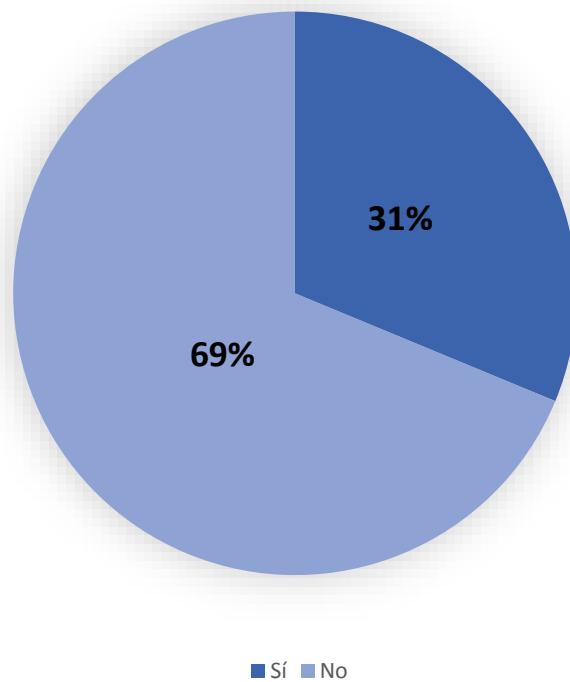
Anexo 13. Plan piloto. Distribución porcentual de usuarios (as) según el conocimiento en la depresión postparto. Jesús Jiménez, Agua Caliente, Cartago, 2018. Fuente: Elaboración propia, 2018

Con respecto a la variable de conocimiento sobre la depresión postparto, predominan las mujeres que sí tienen conocimiento sobre la depresión postparto con un 91%.



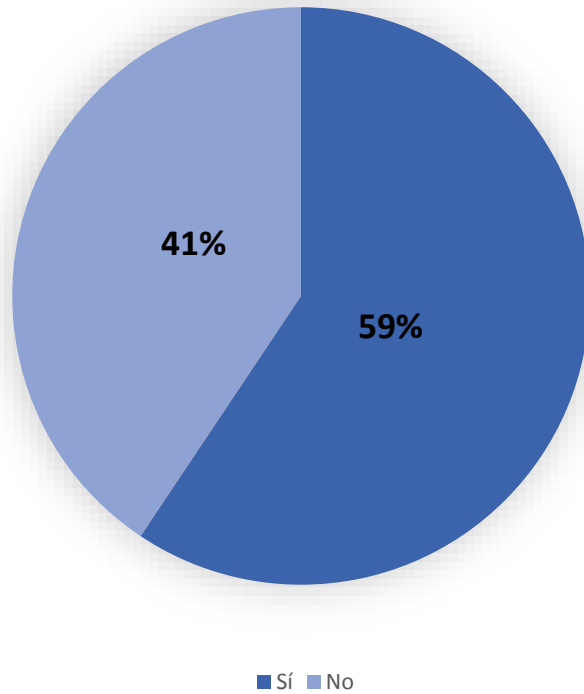
Anexo 14. Plan piloto. Distribución porcentual de usuarios (as) según el medio por el cual obtuvieron información sobre la depresión postparto. Jesús Jiménez, Agua Caliente, Cartago, 2018. Fuente: Elaboración propia, 2018

Con respecto a la variable medio por el cual obtienen información acerca de la depresión postparto, predominan las mujeres que conocen por medio del internet con un 24%; y por medio de un profesional de salud con un 46%.



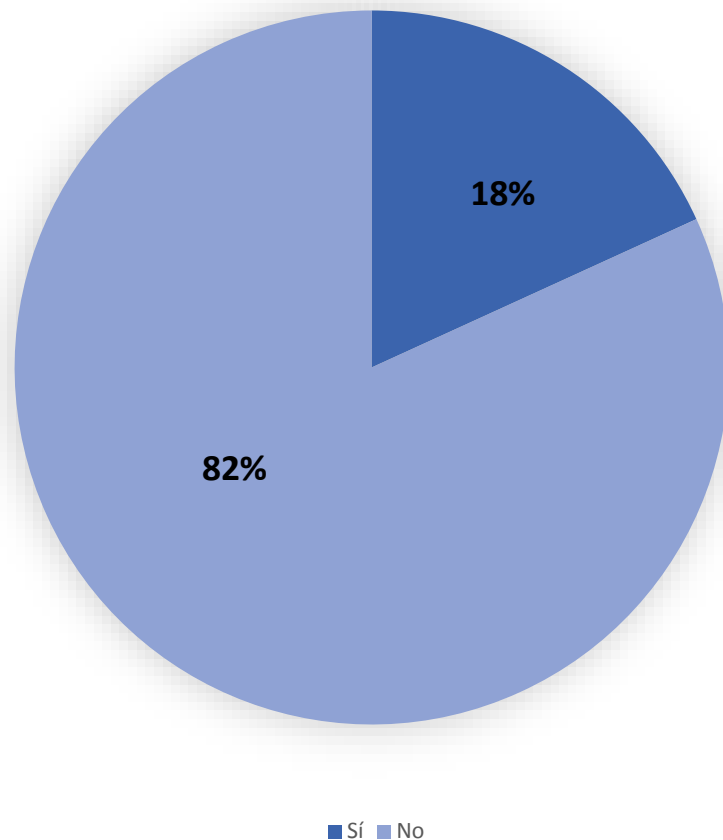
Anexo 15. Plan piloto. Distribución porcentual de usuarios (as) según síntomas de ansiedad durante su gestación. Jesús Jiménez, Agua Caliente, Cartago, 2018. Fuente: Elaboración propia, 2018

Con respecto a la variable de síntomas de ansiedad durante la gestación, predominan las mujeres que no se sintieron ansiosas con un 69%.



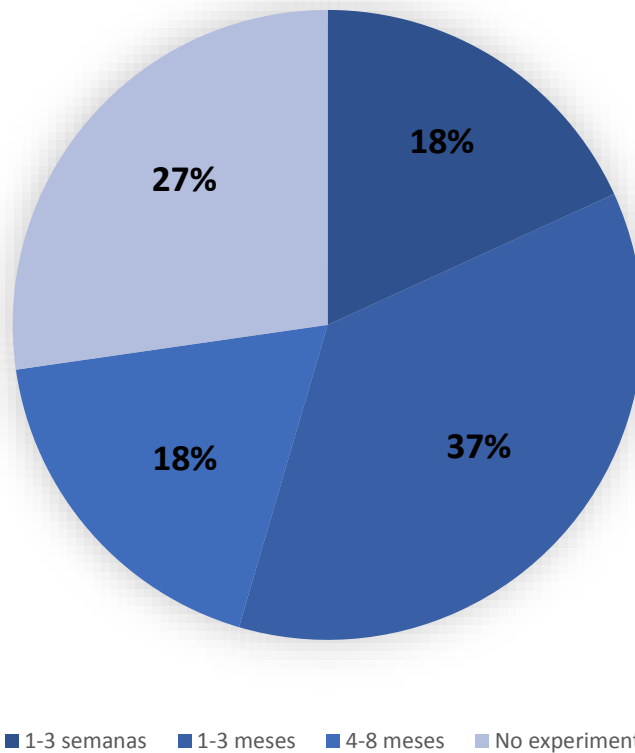
Anexo 16. Plan piloto. Distribución porcentual de usuarios (as) que tuvieron una gestación planeada. Jesús Jiménez, Agua Caliente, Cartago, 2018. Fuente: Elaboración propia, 2018

Con respecto a la variable si fue una gestación planeada, predominan las mujeres que sí planearon el embarazo con un 59%.



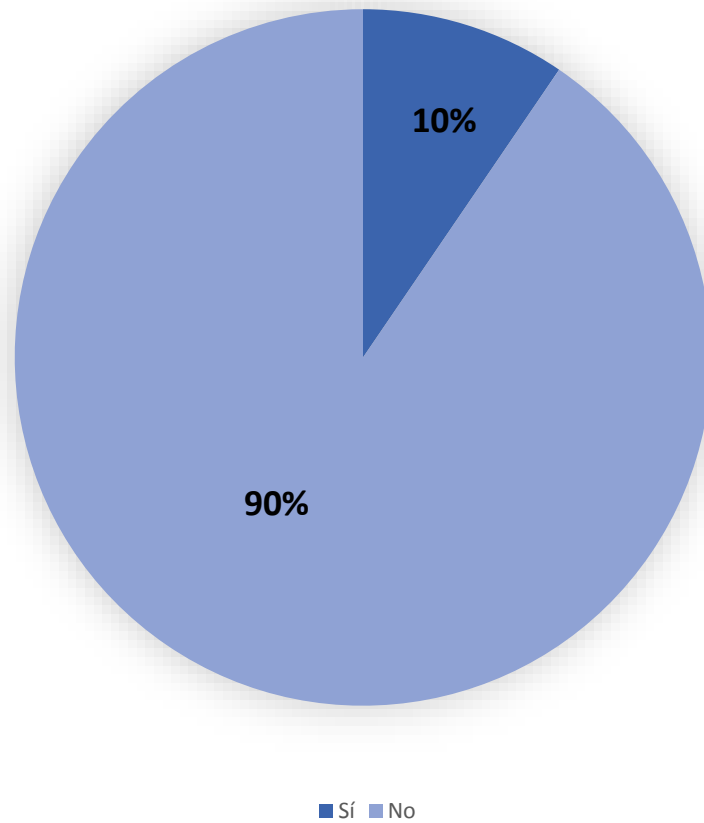
Anexo 17. Plan piloto. Distribución porcentual de usuarios (as) que han padecido de depresión. Jesús Jiménez, Agua Caliente, Cartago, 2018. Fuente: Elaboración propia, 2018

Con respecto a la variable si han padecido depresión con anterioridad, predominan las mujeres que no han presentado la enfermedad con un 82%.



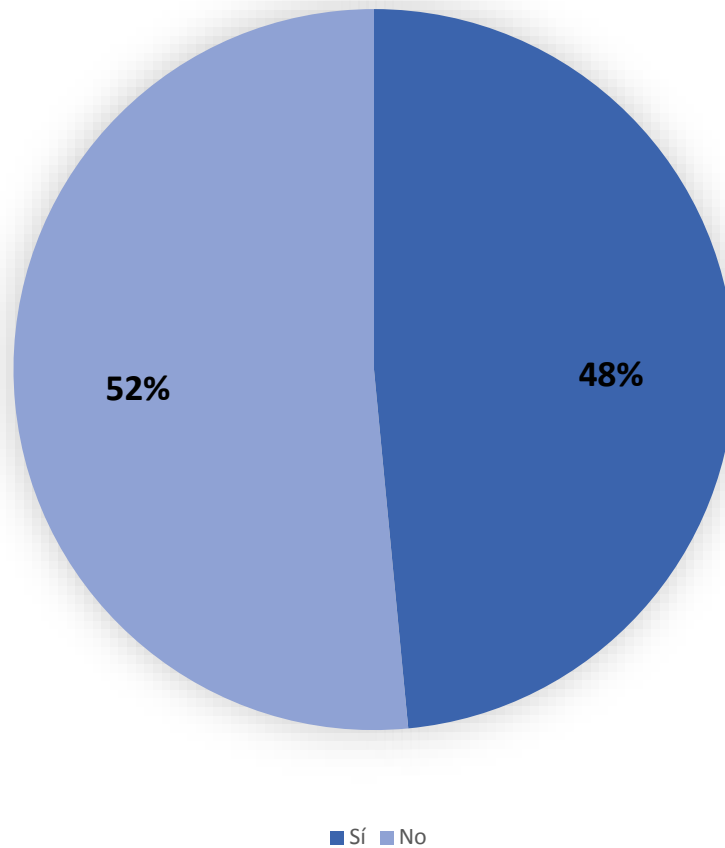
Anexo 18. Plan piloto. Distribución porcentual de usuarios (as) según el tiempo que experimentó la depresión postparto. Jesús Jiménez, Agua Caliente, Cartago, 2018. Fuente: Elaboración propia, 2018

Con respecto a la variable por cuánto tiempo experimentó depresión postparto, predominan las mujeres que experimentaron depresión postparto en un periodo de uno a tres meses con un 37%.



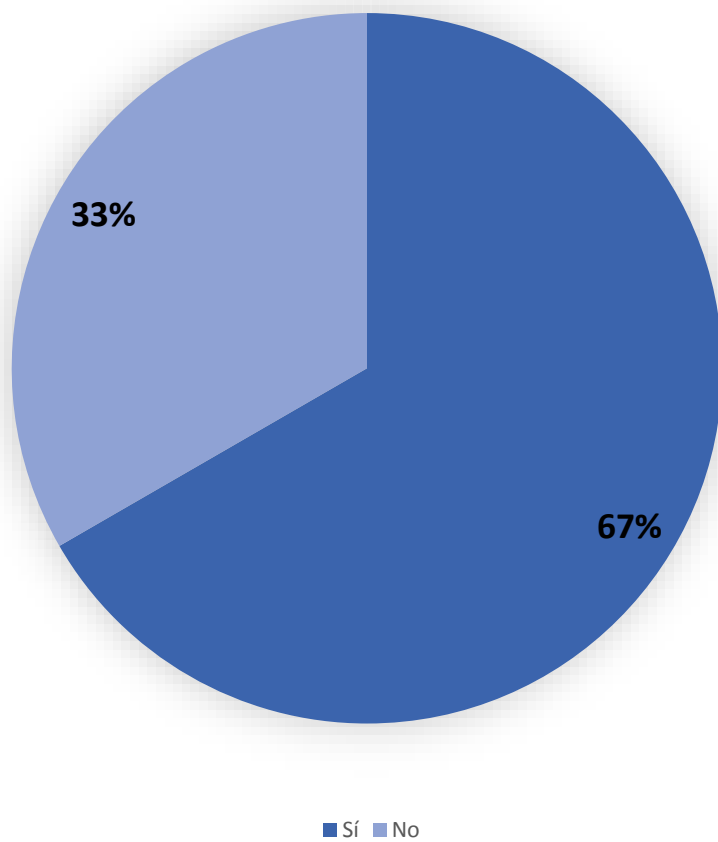
Anexo 19. Plan piloto. Distribución porcentual de usuarios (as) según prescripción médica para la depresión postparto. Jesús Jiménez, Agua Caliente, Cartago, 2018. Fuente: Elaboración propia, 2018

Con respecto a la variable si se les prescribió algún medicamento para tratar la depresión postparto, predominan las mujeres a las que no se les recetó ningún medicamento con un 90%.



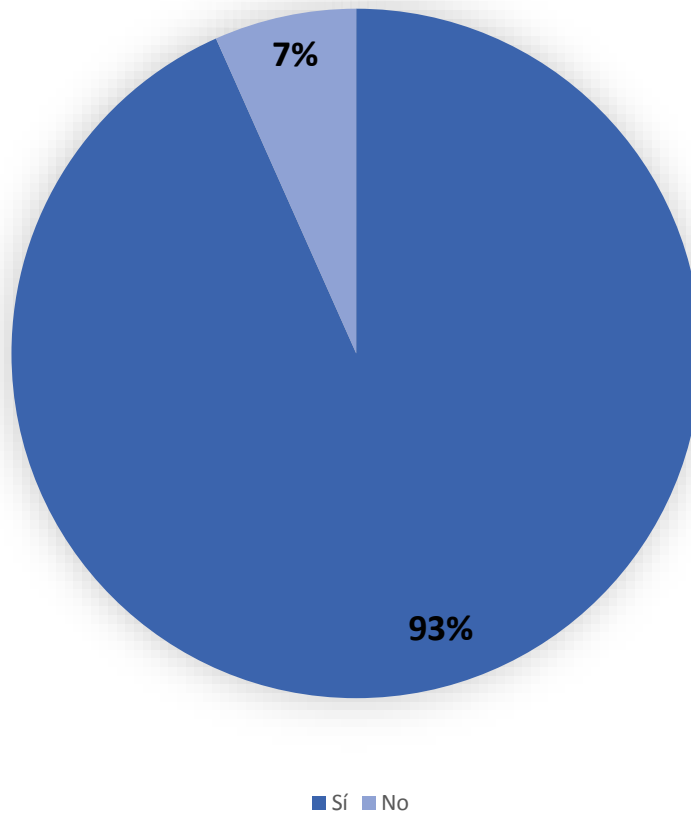
Anexo 20. Plan piloto. Distribución porcentual de usuarios (as) según antecedentes familiares o personales de depresión postparto. Jesús Jiménez, Agua Caliente, Cartago, 2018. Fuente: Elaboración propia, 2018

Con respecto a la variable si tienen algún familiar o conocido que padece depresión postparto, predominan las mujeres que no conocen a alguien que haya padecido la enfermedad con un 52%.



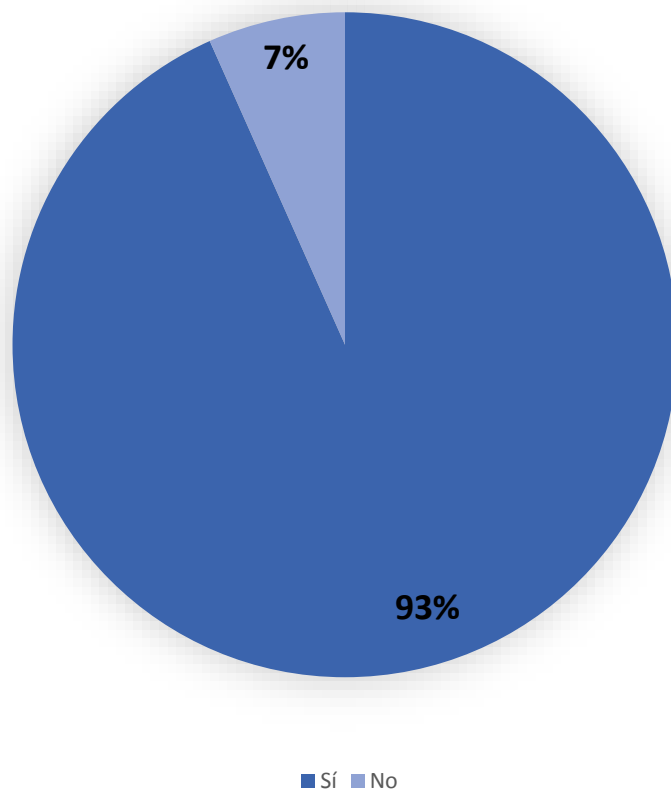
Anexo 21. Plan piloto. Distribución porcentual de usuarios (as) según su percepción de autoestima. Jesús Jiménez, Agua Caliente, Cartago, 2018. Fuente: Elaboración propia, 2018

Con respecto a la variable de percepción de autoestima, predominan las mujeres que consideran su autoestima como alta con un 67%.



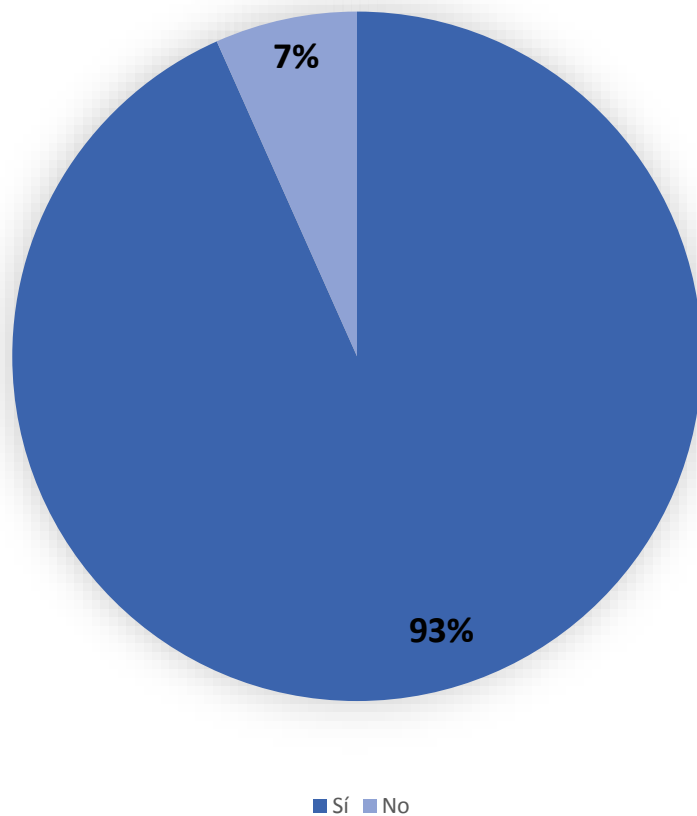
Anexo 22. Plan piloto. Distribución porcentual de usuarios (as) según su percepción en su relación de ser madre. Jesús Jiménez, Agua Caliente, Cartago, 2018. Fuente: Elaboración propia, 2018

Con respecto a la variable de la percepción en relación con ser madre, predominan las mujeres que sí sienten una relación con el rol de madre con un 93%.



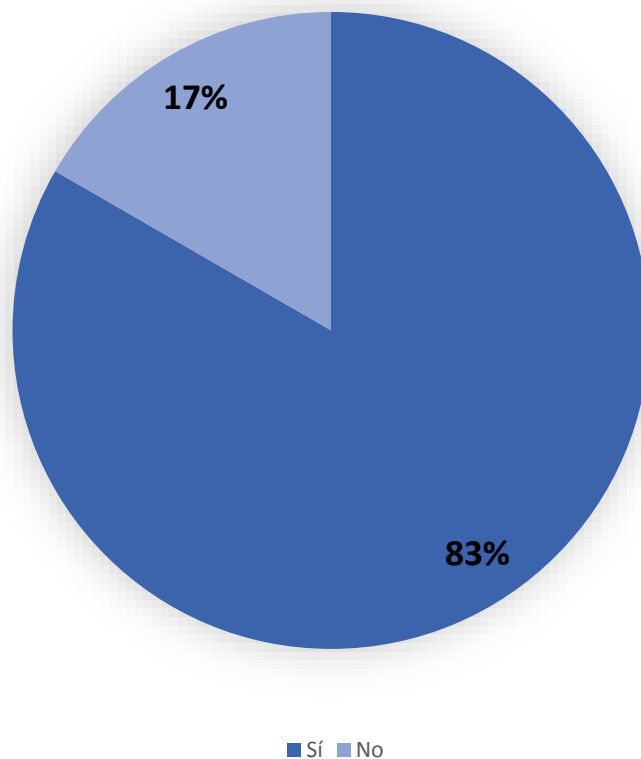
Anexo 23. Plan piloto. Distribución porcentual de usuarios (as) según apoyo familiar en el rol de madre. Jesús Jiménez, Agua Caliente, Cartago, 2018. Fuente: Elaboración propia, 2018

Con respecto a la variable de contar con el apoyo de su familia, predominan las mujeres que sí cuentan con ese apoyo con un 93%.



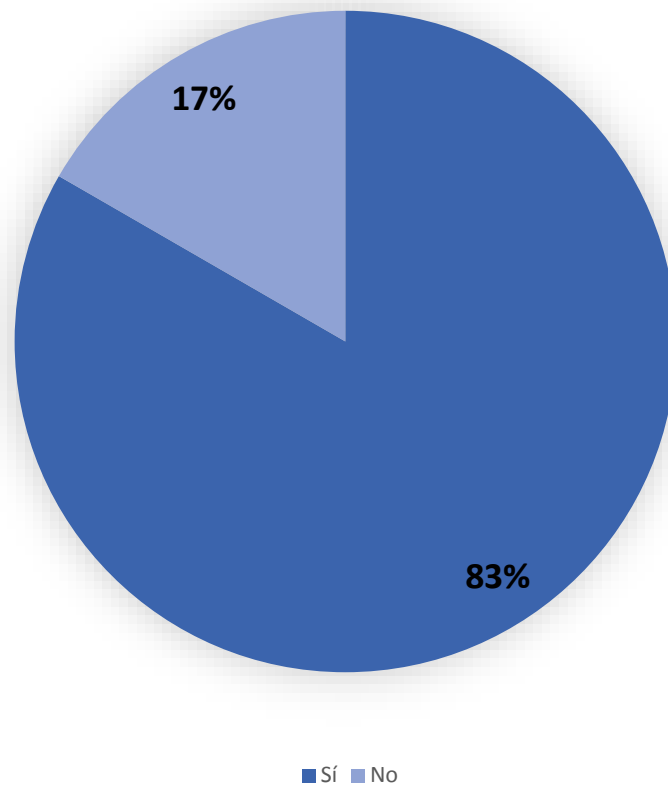
Anexo 24. Plan piloto. Distribución porcentual de usuarios (as) según apoyo emocional por parte de su familia. Jesús Jiménez, Agua Caliente, Cartago, 2018 Fuente: Elaboración propia, 2018

Con respecto a la variable de recibir apoyo emocional por parte de la familia, predominan las mujeres que sí cuentan con apoyo emocional por parte de familiares con un 93%.



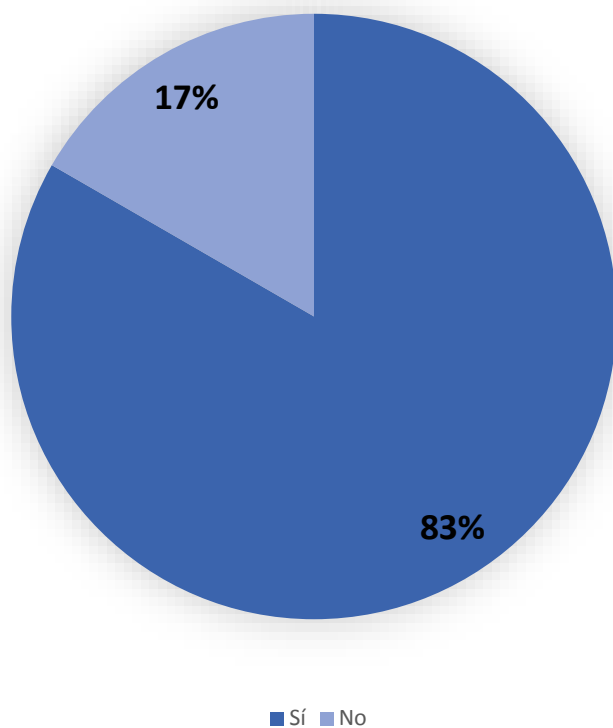
Anexo 25. Plan piloto. Distribución porcentual de usuarios (as) según apoyo emocional adecuado por parte de su pareja. Jesús Jiménez, Agua Caliente, Cartago, 2018. Fuente: Elaboración propia, 2018

Con respecto a la variable de percibir apoyo emocional por parte de su pareja, predominan las mujeres que sí reciben apoyo emocional adecuado por parte de su pareja con un 83%.



Anexo 26. Plan piloto. Distribución porcentual de usuarias según apoyo en las tareas domésticas por parte de su pareja sentimental. Jesús Jiménez, Agua Caliente, Cartago, 2018. Fuente: Elaboración propia, 2018

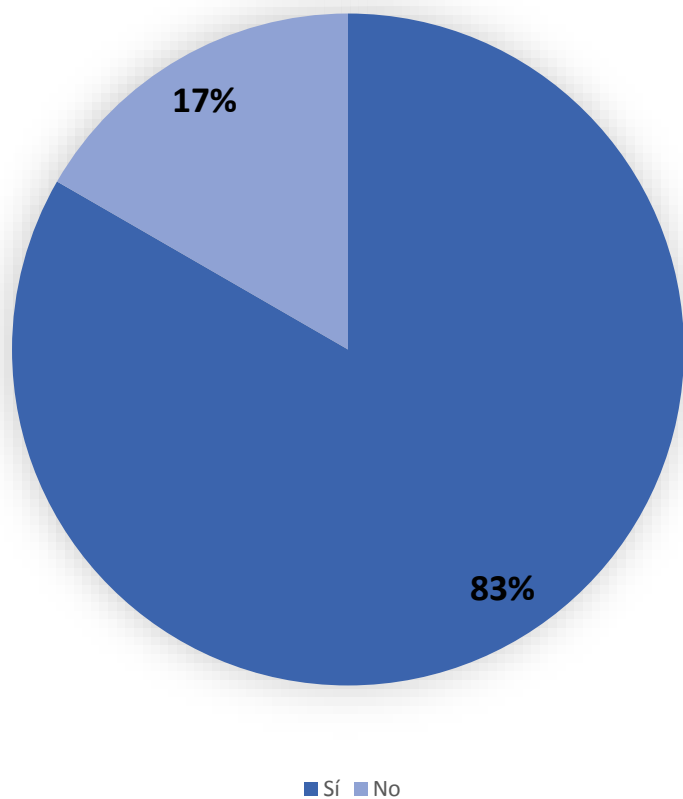
Con respecto a la variable de recibir apoyo en las tareas domésticas por parte de la pareja sentimental, predominan las mujeres que sí lo reciben con un 83%.



Anexo 27. Plan piloto. Distribución porcentual de usuarias según su nivel de confianza para pedir ayuda a su pareja sentimental. Jesús Jiménez, Agua Caliente, Cartago, 2018.

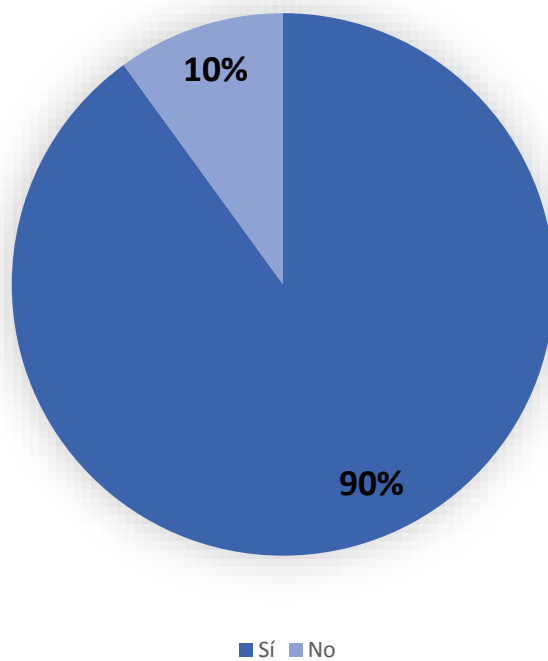
Fuente: Elaboración propia, 2018

Con respecto a la variable del nivel de confianza para pedir ayuda a su pareja sentimental, predominan las mujeres que sí pueden contar con la ayuda de su pareja en un 83%.



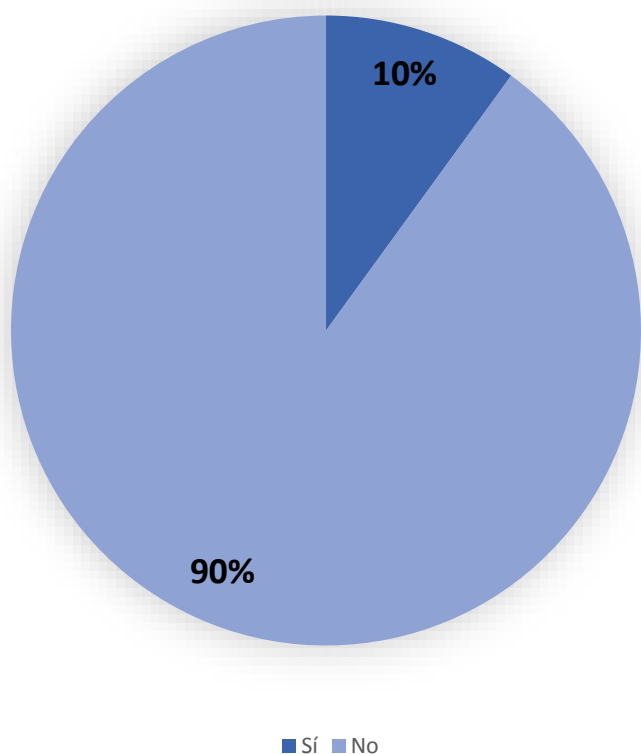
Anexo 28. Plan piloto. Distribución porcentual de usuarias según satisfacción con su situación de convivencia en pareja. Jesús Jiménez, Agua Caliente, Cartago, 2018. Fuente: Elaboración propia, 2018

Con respecto a la variable si se sienten satisfechas con su situación de convivencia en pareja, predominan las mujeres que se sienten satisfechas con su situación de convivencia, con un 83%.



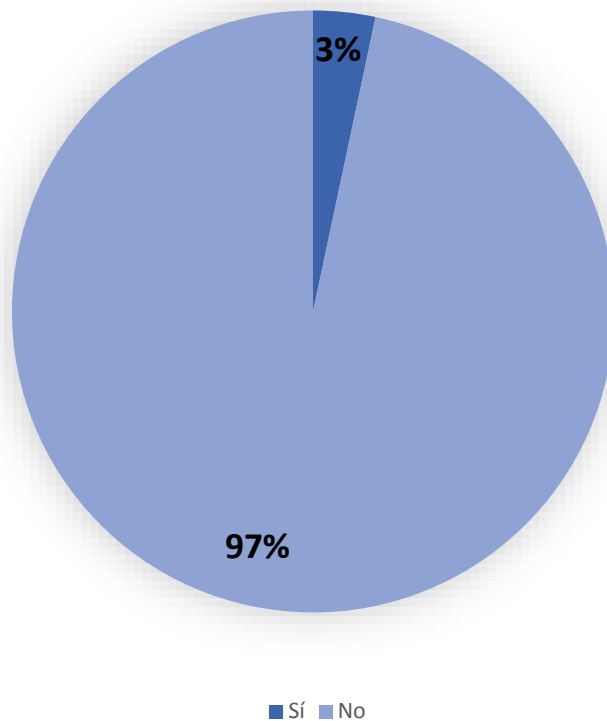
Anexo 29. Plan piloto. Distribución porcentual de usuarias según inconvenientes de pareja desde la llegada de sus hijas (os). Jesús Jiménez, Agua Caliente, Cartago, 2018. Fuente: Elaboración propia, 2018

Con respecto a la variable si han experimentado problemas de pareja desde la llegada de sus hijos, predominan las mujeres que sí los han tenido con un 90%.



Anexo 30. Plan piloto. Distribución porcentual de usuarias según percepción de su relación de pareja como una buena relación sentimental. Jesús Jiménez, Agua Caliente, Cartago, 2018. Fuente: Elaboración propia, 2018

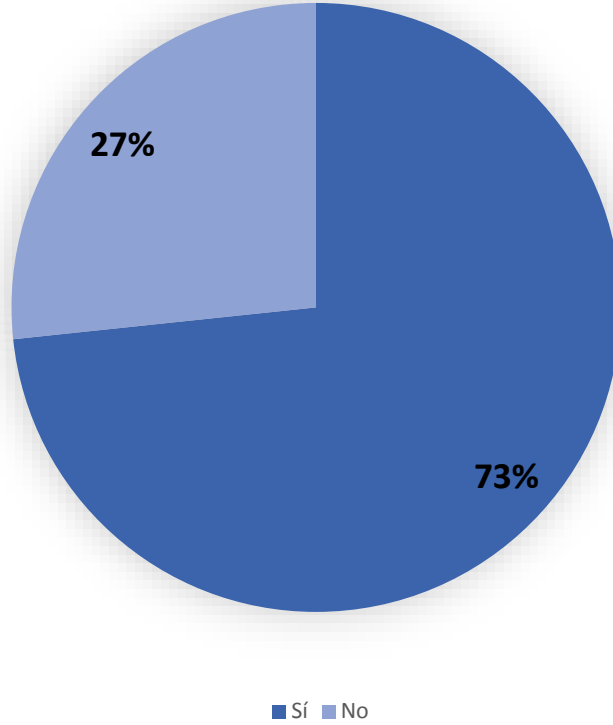
Con respecto a la variable si considera que tiene una buena relación con su pareja sentimental, predominan las mujeres que no tienen una buena relación de pareja con un 90%.



Anexo 31. Plan piloto. Distribución porcentual de usuarias según si ha experimentado recientemente la muerte de un familiar. Jesús Jiménez, Agua Caliente, Cartago, 2018.

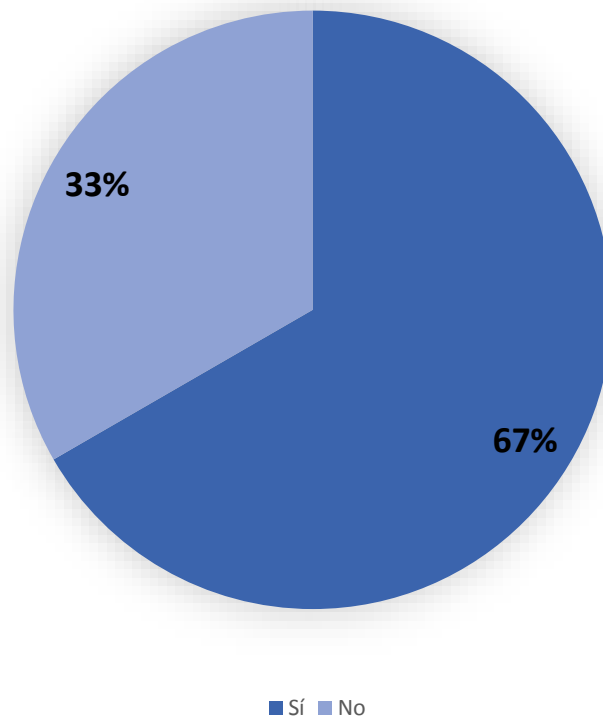
Fuente: Elaboración propia, 2018

Con respecto a la variable si ha experimentado recientemente la muerte de un familiar, predominan las mujeres que no han experimentado la muerte de un familiar recientemente con un 97%.



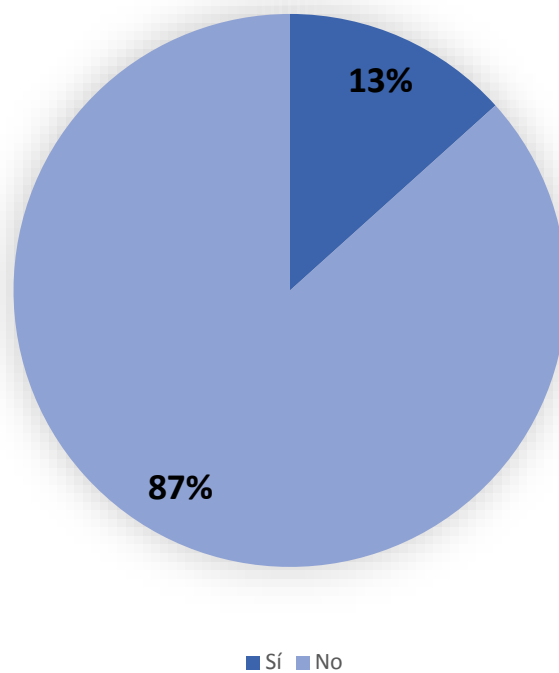
Anexo 32. Plan piloto. Distribución porcentual de usuarias según experiencia reciente de enfermedad de un familiar. Jesús Jiménez, Agua Caliente, Cartago, 2018. Fuente: Elaboración propia, 2018

Con respecto a la variable si ha experimentado recientemente la enfermedad de un familiar, predominan las mujeres que sí lo han experimentado recientemente con un 73%.



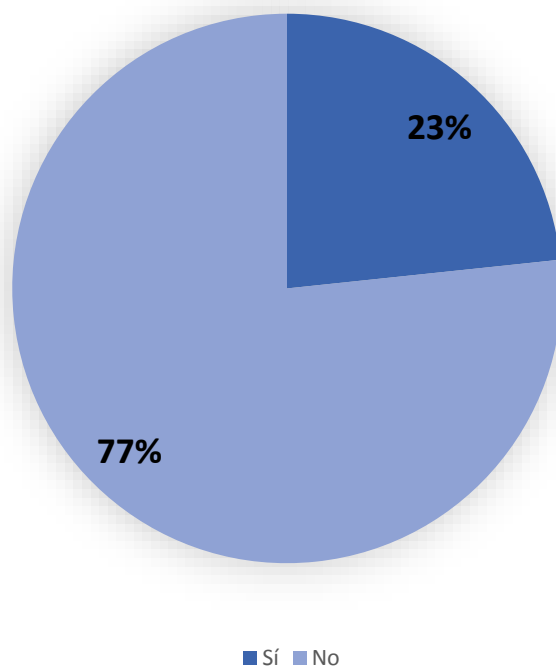
Anexo 33. Plan piloto. Distribución porcentual de usuarias según experiencia reciente de cambios en su residencia. Jesús Jiménez, Agua Caliente, Cartago, 2018. Fuente: Elaboración propia, 2018

Con respecto a la variable si ha experimentado cambios en su residencia, predominan las mujeres que sí han experimentado cambio de domicilio recientemente con un 67%.



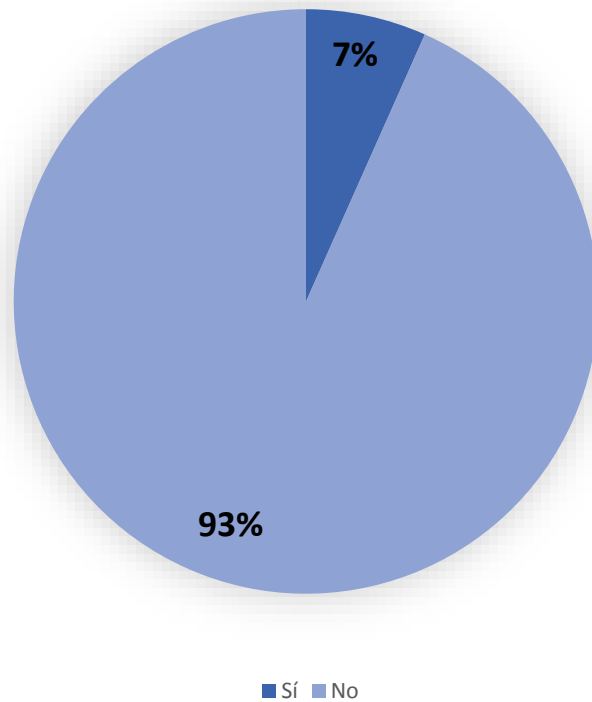
Anexo 34. Plan piloto. Distribución porcentual de usuarias según presencia de problemas financieros recientemente. Jesús Jiménez, Agua Caliente, Cartago, 2018. Fuente: Elaboración propia, 2018

Con respecto a la variable si ha experimentado problemas financieros recientemente, predominan las mujeres que no los han experimentado con un 87%.



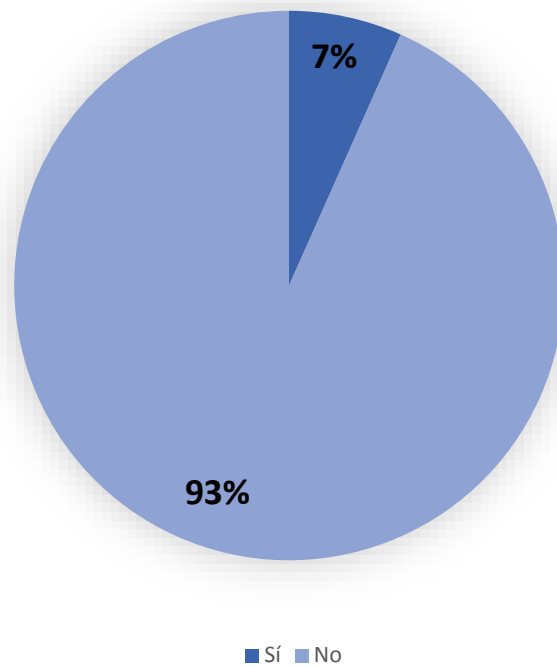
Anexo 35. Plan piloto. Distribución porcentual de usuarias según experiencia reciente de desempleo. Jesús Jiménez, Agua Caliente, Cartago, 2018. Fuente: Elaboración propia, 2018

Con respecto a la variable si ha experimentado desempleo actualmente, predominan las mujeres que no lo han experimentado recientemente con un 77%.



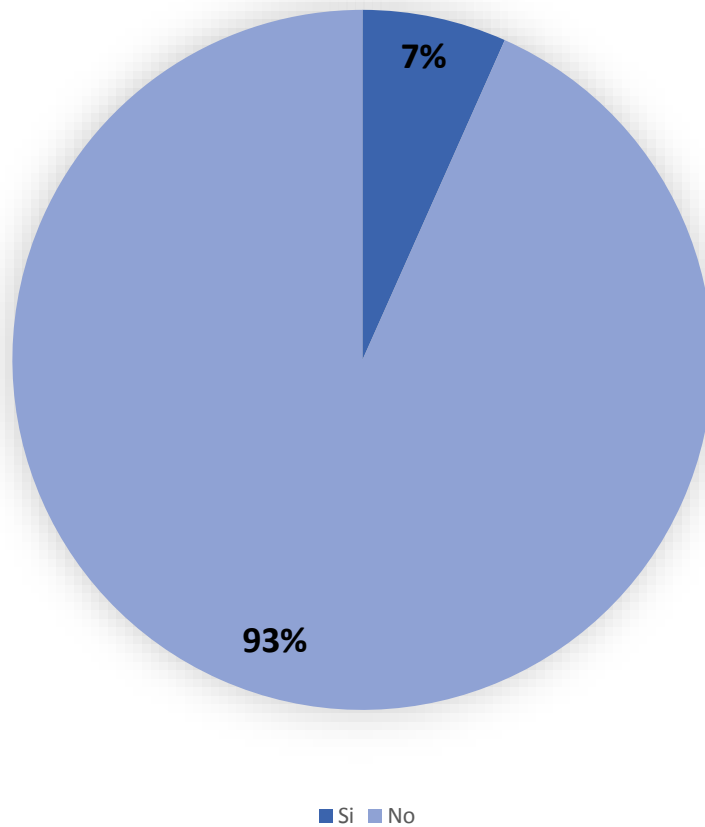
Anexo 37. Plan piloto. Distribución porcentual de usuarias según experiencia reciente de problemas matrimoniales. Jesús Jiménez, Agua Caliente, Cartago, 2018. Fuente: Elaboración propia, 2018.

Con respecto a la variable si ha experimentado problemas matrimoniales actualmente, predominan las mujeres que no los han experimentado recientemente con un 93%.



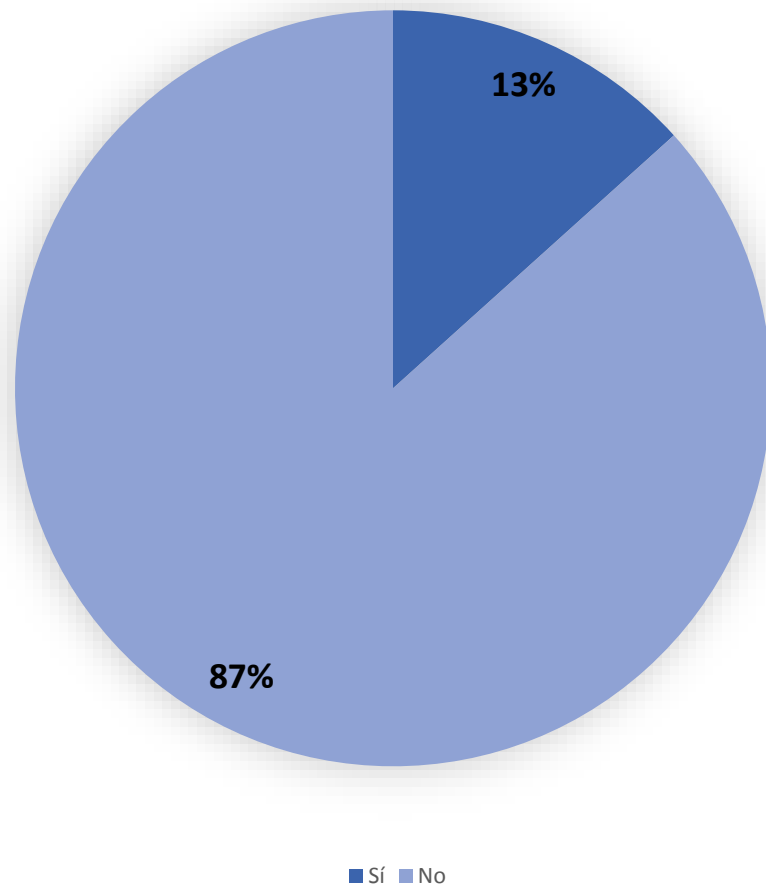
Anexo 38. Plan piloto. Distribución porcentual de usuarias según si su hijo (a) según presencia de problemas de alimentación en su hija (o). Jesús Jiménez, Agua Caliente, Cartago, 2018. Fuente: Elaboración propia, 2018

Con respecto a la variable si su hijo (a) presenta problemas de alimentación, predominan las mujeres cuyos hijos no presentan problemas alimenticios con un 93%.



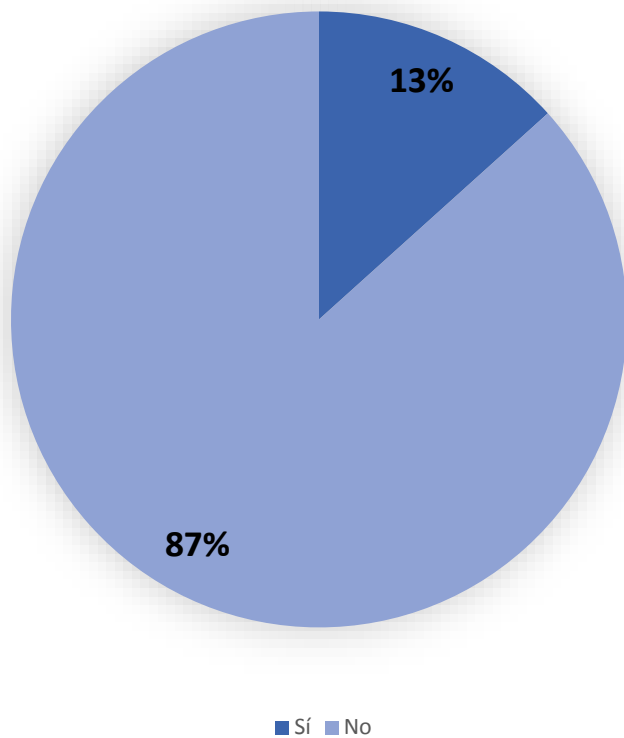
Anexo 39. Plan piloto. Distribución porcentual de usuarias según presencia de problemas de sueño en el niño (a). Jesús Jiménez, Agua Caliente, Cartago, 2018. Fuente: Elaboración propia, 2018

Con respecto a la variable si su hijo (a) presenta problemas de sueño, predominan las mujeres cuyos hijos no los presentan con un 93%.



Anexo 40. Plan piloto. Distribución porcentual de usuarias según presencia de problemas de salud en el niño (a). Jesús Jiménez, Agua Caliente, Cartago, 2018. Fuente: Elaboración propia, 2018

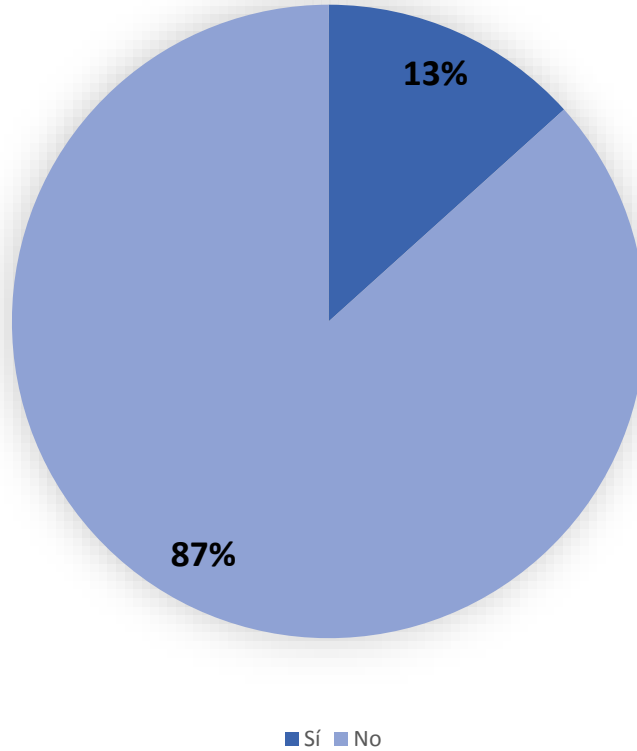
Con respecto a la variable si su hijo (a) presenta algún problema de salud, predominan las mujeres cuyos hijos no los tienen con un 87%.



Anexo 41. Plan piloto. Distribución porcentual de usuarias según presencia de problemas para calmar o consolar a su niño (a). Jesús Jiménez, Agua Caliente, Cartago, 2018.

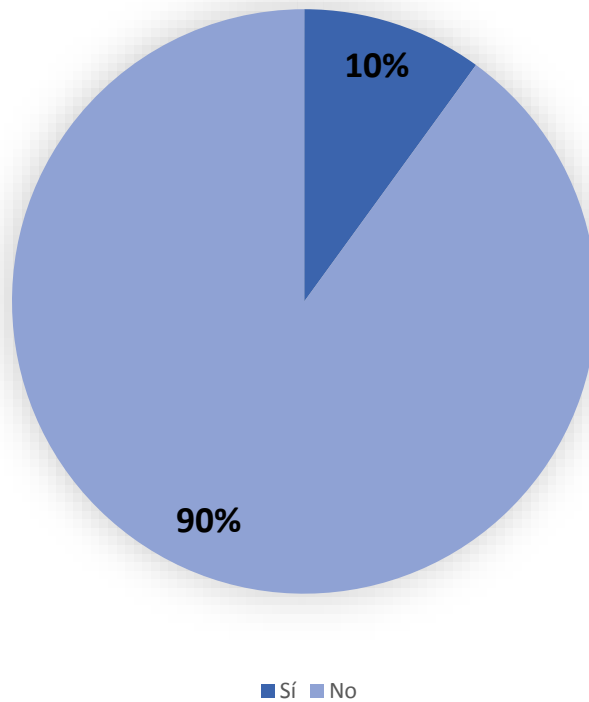
Fuente: Elaboración propia, 2018

Con respecto a la variable si su hijo (a) es difícil de calmar o consolar, predominan las mujeres cuyos hijos no presentan problemas para calmarse o consolarlos con un 87%.



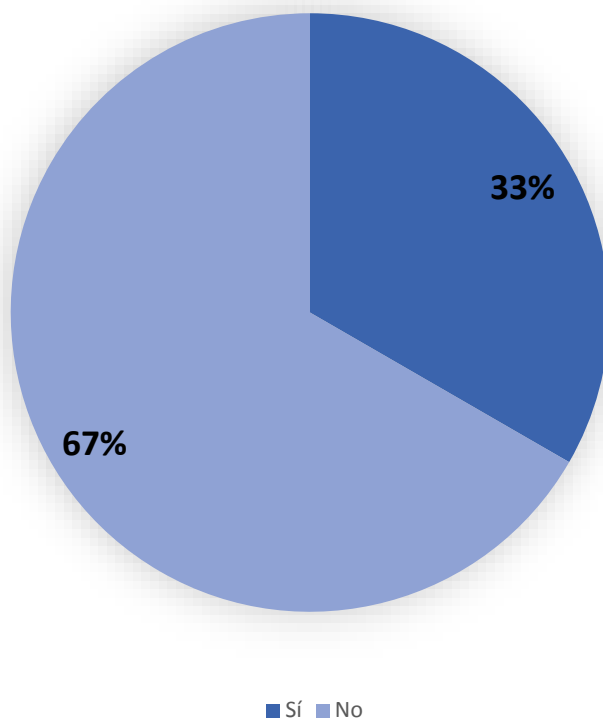
Anexo 42. Plan piloto. Distribución porcentual de usuarias según presencia de problemas en el niño(a) como la irritabilidad y el nerviosismo. Jesús Jiménez, Agua Caliente, Cartago, 2018. Fuente: Elaboración propia, 2018

Con respecto a la variable si considera a su hijo (a) irritable o nervioso (a), predominan las mujeres que consideran que sus hijos no son irritables o nerviosos con un 87%.



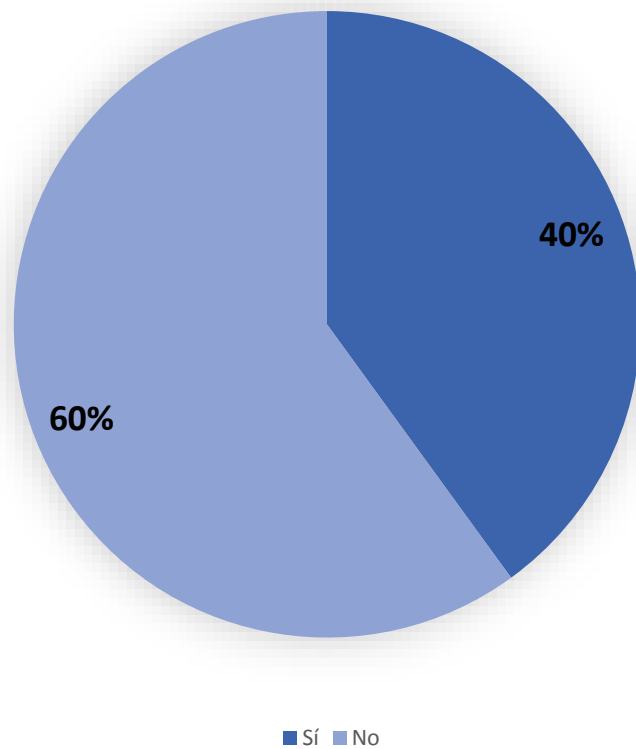
Anexo 43. Plan piloto. Distribución porcentual de usuarias según presencia de periodos de llanto o cambio de humor en la primera semana después del parto. Jesús Jiménez, Agua Caliente, Cartago, 2018. Fuente: Elaboración propia, 2018

Con respecto a la variable si experimenta un breve periodo de llanto o cambio de humor en la primera semana después del parto, predomina, las mujeres que no los sufrieron con un 90%.



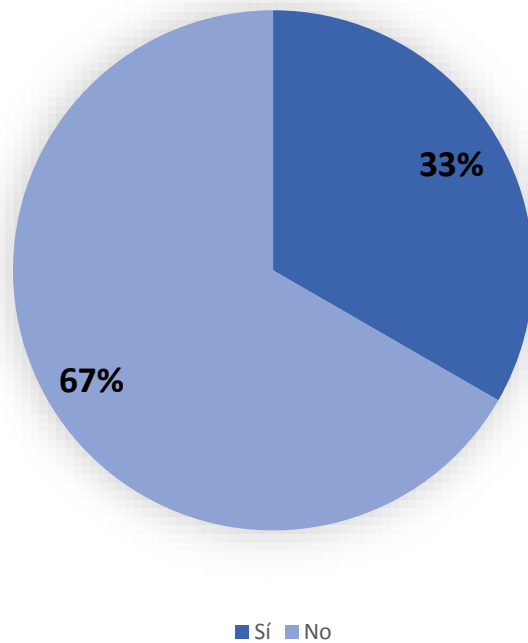
Anexo 44. Plan piloto. Distribución porcentual de usuarias según sentimientos de culpa cuando las cosas no salen bien. Jesús Jiménez, Agua Caliente, Cartago, 2018. Fuente: Elaboración propia, 2018

Con respecto a la variable si se han tenido sentimientos de culpa cuando las cosas no salen bien, predominan las mujeres que no los han experimentado con un 67%.



Anexo 45. Plan piloto. Distribución porcentual de usuarias según sentimientos de ansiedad o estrés sin motivo. Jesús Jiménez, Agua Caliente, Cartago, 2018. Fuente: Elaboración propia, 2018

Con respecto a la variable si se ha sentido ansiosa y estresada sin motivo, predominan las mujeres que no se han sentido ansiosas y estresadas sin motivo con un 60%.



Anexo 46. Plan piloto. Distribución porcentual de usuarias según sentimientos de miedo o pánico sin motivo. Jesús Jiménez, Agua Caliente, Cartago, 2018. Fuente: Elaboración propia, 2018

Con respecto a la variable si se ha sentido con miedo o pánico sin motivo, predominan las mujeres que no han experimentado miedo o pánico sin motivo con un 67%.

Consentimiento informado

UNIVERSIDAD HISPANOAMERICANA

CARRERA DE ENFERMERÍA

CONSENTIMIENTO INFORMADO

INVESTIGACIÓN

“Factores de riesgo de las mujeres para el desarrollo de la depresión postparto según signos y síntomas, usuarias que pertenecen al área de salud COOPESIBA, II cuatrimestre 2018”

Nombre del investigador:

_____ cédula _____

Nombre del participante: _____

PROPÓSITO DEL PROYECTO: La presente investigación está conducida por María Fernanda Brenes Fonseca, cédula 402100415, estudiante de Licenciatura en Enfermería de la Universidad Hispanoamericana y se realiza como parte del trabajo final de graduación. El propósito del estudio es “Factores de riesgo de las mujeres para el desarrollo de la depresión postparto según signos y síntomas, usuarias que pertenecen al área de salud COOPESIBA, II cuatrimestre 2018”.

¿QUÉ SE HARÁ? Se espera valorar los factores socioculturales, cognitivos, conductuales, geográficos, económicos, laborales y relacionados con la atención en salud, que influyen en el desarrollo de la depresión postparto de la participante. Para esto se pretende aplicar un instrumento tipo cuestionario para la obtención de datos, información que será utilizada únicamente con fines académicos y no será expuesto a personas ajenas a la investigación.

RIESGOS: La participación en este estudio no significa riesgo alguno; la información brindada será estrictamente de índole confidencial.

BENEFICIO: Como resultado de su participación en este estudio, el beneficio que se obtendrá será que se podrán identificar los principales factores de riesgo que influyen en las personas para el desarrollo de la depresión postparto.

Quiero recordarle que su participación en este estudio es estrictamente voluntaria. Tiene el derecho de negarse a participar en cualquier momento. Los resultados podrían aparecer en una publicación científica o ser divulgada en una reunión científica, pero de manera anónima. Usted no obtendrá ninguna remuneración económica por participar en este estudio y no perderá ningún derecho legal por firmar este documento.

CONSENTIMIENTO

He leído o se me ha leído, toda la información descrita en esta fórmula, antes de firmarla. Se me ha brindado la oportunidad de hacer preguntas y estas han sido contestadas en forma adecuada. Por lo tanto, accedo a participar como sujeto de investigación en esta investigación.

Nombre, cédula y firma del sujeto

fecha

DECLARACIÓN JURADA

Yo María Fernanda Brenes Fonseca, cedula de identidad 402100415, en condición de egresado de la carrera de Enfermería de la Universidad Hispanoamericana y advertido de las penas con las que la ley castiga el falso testimonio y el perjurio, declaro bajo la fe del juramento que dejé rendido en este acto, que mi trabajo de graduación, para optar por el título de Licenciatura titulado “Factores de riesgo de las mujeres para el desarrollo de la depresión postparto según signos y síntomas, usuarias que pertenecen al área de salud COOPESIBA, II cuatrimestre 2018” es obra original y para su realización he respetado todo lo preceptuado por las Leyes Penales, así como la Ley de Derechos de Autor y Derecho Conexos, numero 6683 del 14 de octubre de 1982 y sus reformas, publicada en la Gaceta numero 226 del 25 de noviembre de 1982; especialmente el numeral 70 de dicha ley en el que se establece: “Es permitido citar a un autor, transcribiendo los pasajes pertinentes siempre que estos no sean tantos y seguidos, que puedan considerarse como una producción simulada y sustancial, que redunde en el perjuicio del autor de la obra original”. Asimismo, que conozco y acepto que la Universidad se reserva el derecho de protocolizar este documento antes Notario Público. Firmo, en fe de lo anterior, en la ciudad de Aranjuez, San José, el 10 de mayo del 2018



María Fernanda Brenes Fonseca

Cartas de aprobación

CARTA DEL TUTOR

San José, 09 de mayo de 2018

Máster Zaida Rodríguez
Carrera Enfermería
Universidad Hispanoamericana

Estimada señora:

La estudiante María Fernanda Brenes Fonseca, cédula 4-0210-0415, me ha presentado, para efectos de revisión y aprobación, el trabajo de investigación denominado: "FACTORES DE RIESGO DE LAS MUJERES PARA EL DESARROLLO DE LA DEPRESION POSTPARTO SEGÚN SIGNOS Y SINTOMAS, USUARIAS QUE PERTENECEN AL AREA DE SALUD COOPESIBA, III CUATRIMESTRE 2017". El cual ha elaborado para optar por el grado académico de Licenciatura en Enfermería.

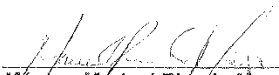
En mi calidad de tutora, he verificado que se han hecho las correcciones indicadas durante el proceso de lectura y he evaluado los aspectos relativos a la elaboración del problema, objetivos, justificación; antecedentes, marco teórico, marco metodológico, tabulación, análisis de datos; conclusiones y recomendaciones.

De los resultados obtenidos por el postulante, se obtiene la siguiente calificación:

a)	ORIGINAL DEL TEMA	10%	9
b)	CUMPLIMIENTO DE ENTREGA DE AVANCES	20%	20
c)	COHERENCIA ENTRE LOS OBJETIVOS, LOS INSTRUMENTOS APLICADOS Y LOS RESULTADOS DE LA INVESTIGACION	30%	30
d)	RELEVANCIA DE LAS CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES	20%	20
e)	CALIDAD, DETALLE DEL MARCO TEORICO	20%	18
	TOTAL		97

En virtud de la calificación obtenida, se avala el traslado al proceso de lectura.

Atentamente,


Máster. Marisel Picado Monge
Cédula identidad 3-0408-0459
Carné Colegio Profesional E-12171

Barva, Heredia.

23 de agosto de 2017

Señor

Lic. Cristian Alpizar Salas

Jefe de enfermería

COOPESIBA

Barva, Heredia



Estimado señor:

Un saludo muy cordial, deseándole los mayores éxitos en sus funciones. La presente tiene el objetivo de solicitarle su consentimiento para realizar la investigación de tesis para obtener el grado de licenciatura en enfermería en la Universidad Hispanoamericana. El tema de investigación sería "Factores de riesgo de las mujeres post gestantes para el desarrollo de la depresión post parto en la consulta de niño sano, COOPESIBA, III cuatrimestre, 2017", el cual daría un aporte en el área de prevención y tratamiento a las mujeres que presenten que presenten los factores de riesgo de prevalencia para la depresión post parto. Por tal motivo le agradecía su colaboración y permiso para poder realizar encuestas, entrevistas, recolectar datos tanto al personal como a los pacientes, ya que es parte vital para la elaboración de mi proyecto de tesis.

Como siempre a su entera disposición, se despide

Maria Fernanda Brenes Fonseca

Cedula 4-210-415

Teléfono: 84756435

Constancia de revisión filológica

Heredia, 12 de julio de 2018

Señores:
Universidad Hispanoamericana
Carrera de Enfermería

Estimados señores:

Se han revisado y corregido errores gramaticales, de puntuación, ortográficos y de estilo, que se manifiestan en el documento escrito de un proyecto de graduación. Se ha verificado que estos fueron corregidos por el autor.

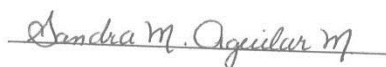
Título del proyecto: *Factores de riesgo de las mujeres para el desarrollo de la depresión postparto según signos y síntomas, usuarias que pertenecen al Área de Salud COOPESIBA, II cuatrimestre 2018*

Sustentante: María Fernanda Brenes Fonseca

Título académico por el que se opta: Licenciatura en Enfermería

Este Trabajo Final de Graduación cumple con los requisitos formales exigidos por la Universidad.

Atentamente,



Bachiller Sandra María Aguilar Molina
Cédula. 401350928
Carné de Colegio de Licenciados y Profesores en Letras, Filosofía, Ciencias y Arte
9605
Asociación Costarricense de Filólogos # 246
Correo: sandraaguilar2009@gmail.com
Teléfonos: 22380346/ 70674854

CARTA DE LA LECTORA

San José, 10 de julio 2018.

Máster Vanessa Aguilar Zeledón
Sub-Directora Carrera Enfermería
Universidad Hispanoamericana

Estimada señora:

La estudiante, **María Fernanda Brenes Fonseca, cédula 4-0210-0415** me ha presentado, para efectos de revisión y aprobación, el trabajo de investigación denominado: **“FACTORES DE RIESGO DE LAS MUJERES PARA EL DESARROLLO DE LA DEPRESION POSTPARTO SEGÚN SIGNOS Y SINTOMAS, USUARIAS QUE PERTENECEN AL AREA DE SALUD COOPESIBA, II CUATRIMESTRE 2018”**, el cual ha elaborado para optar por el grado académico de Licenciatura en Enfermería.

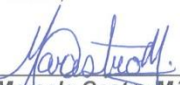
En mi calidad de lector, he verificado que se han hecho las correcciones indicadas durante el proceso de lectoría y he evaluado los aspectos relativos a la elaboración del problema, objetivos, justificación; antecedentes, marco teórico, marco metodológico, tabulación, análisis de datos; conclusiones y recomendaciones.

De los resultados obtenidos por el postulante, se obtiene la siguiente calificación:

a)	ORIGINAL DEL TEMA	10%	9
b)	CUMPLIMIENTO DE ENTREGA DE AVANCES	20%	18
C)	COHERENCIA ENTRE LOS OBJETIVOS, LOS INSTRUMENTOS APLICADOS Y LOS RESULTADOS DE LA INVESTIGACION	30%	27
d)	RELEVANCIA DE LAS CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES	20%	18
e)	CALIDAD, DETALLE DEL MARCO TEORICO	20%	18
	TOTAL		90%

En virtud de la calificación obtenida, se avala el traslado al proceso de lectura al filólogo(a).

Atentamente,


MSc. Marcela Castro Méndez
Cédula identidad 1-1034-0377
Carné Colegio Profesional E-4705

UNIVERSIDAD HISPANOAMERICANA
CARRERA DE ENFERMERIA

El presente cuestionario tiene como objetivo “Factores de riesgo de las mujeres para el desarrollo de la depresión postparto según signos y síntomas, usuarias que pertenecen al Área de Salud COOPESIBA, II cuatrimestre 2018. Lo anterior, como parte de la tesis para optar por el grado académico de Licenciatura de Enfermería de la estudiante de la Universidad Hispanoamericana María Fernanda Brenes Fonseca.

Toda la información que usted pueda aportar, será de gran valor para el estudio. Se garantiza la total confidencialidad de la información, la cual será de conocimiento único del estudiante mencionado anteriormente. Por favor responda sinceridad.

Instrucciones generales:

Marque con una equis “X” la respuesta más acertada según su opinión. Favor elegir únicamente una respuesta por pregunta, a menos que se indique lo contrario.

PARTE I. DATOS GENERALES O ASPECTOS SOCIODEMOGRÁFICOS

P 1. Edad

1. 12-19
2. 20-29
3. 30-39
4. más de 40

P 2. Lugar de residencia

1. Barva 2. San Pedro 3. San Pablo 4. San Roque 5. Santa Lucía 6. San José de la montaña
7. Puente Salas 8. Buena vista

P 3. Estado civil

1. Soltera 2. Casada 3. Divorciada 4. Viuda 5. Unión libre

P 4. Nivel de escolaridad

- 1.()Primaria Completa 2.()Primaria incompleta
3.()Secundaria completa 4.()Secundaria incompleta
5.()Universidad completa 6.() universidad incompleta
7.() Técnico

P 5.¿Qué religión profesa?

- 1.() Católico (a) 2.() Evangélico(a)
3.() Cristiano(a) 4.() Testigo (a) de Jehová
5.() Ateo (a) 6.() Otra. Indique_____.

P 6. Indique el número de hijos: _____.

P 7. Indique el número de partos:

1.Parto vaginal: _____

2.Cesárea: _____

3.Abortos: _____

P 8. Ocupación u oficio: _____

P 9. ¿Cuál es su ingreso económico familiar mensual?

1.() De ¢150.000 a ¢200.000

2.() De ¢201.000 a ¢250.000

3.() De ¢251.000 a ¢300.000

4.() De ¢301.000 a ¢350.000

5.() Otro monto: ¢_____.

P 10. ¿El dinero con el que cuentan en su hogar es suficiente para cubrir alimentación, transporte, gastos escolares, así como pago de recibos de servicios básicos?

1. () Siempre

2. () Con frecuencia

3. () Algunas veces

4. () Nunca

5. () Rara vez

P 11. ¿Cuántas personas viven en su casa contándolo a usted?: Cantidad_____.

P 12. ¿Cuántas habitaciones tiene su hogar exclusivamente para dormir?

1. () 1

2. () 2

3. () 3

4. () 4 o más

P 13. ¿Cuál es la condición actual de su vivienda?

1. () Propia totalmente pagada

2. () Propia pagando a plazos

3. () Alquilada

4. () Prestada

P 14. ¿Cuál es su tipo de vivienda?

1.() Cemento

2.() Madera

3.() Lámina

4.Otro: _____.

P 15. ¿En qué condiciones cree usted que se encuentra la estructura general de su casa?

1.() Muy mala.

2.() Mala

3.() Regular.

4.() Muy buena

5.() Buena

PARTE II. FACTORES DE RIESGO

FACTORES PERSONALES

P 16. Conoce sobre la depresión postparto. Si su respuesta es negativa pase a la pregunta

17

1.() Si

2.() No

P 17. Indique el medio por el cual obtuvo información sobre la depresión postparto.

Puede marcar más de una opción.

1. () Profesionales de la salud
2. () Radio
3. () Periódico o revista
4. () Amistades.
5. () Televisión
6. () Internet
7. () Familiares
8. () Otro. _____.

PARTE III. SIGNOS Y SINTOMAS DE DEPRESIÓN POSTPARTO

Ansiedad prenatal

P 18. ¿Se ha sentido ansiosa durante su gestación?

1. () Si. ¿Cuánto tiempo se ha sentido así? _____
2. () No. Pase a la pregunta 18

Gestación no planeada/no deseada

P 19. Fue una gestación planificada?.

1. () Si
2. () No

Historia de depresión previa

P 20. Antes de la gestación, había estado alguna vez deprimida?.

1.() Si

2.() No. Pase a la pregunta 20

P 21. ¿Indique cuánto tiempo experimentó la depresión postparto?

P 22. ¿Prescribió su médico algún tratamiento para la depresión postparto?

1.() Si. Indique: _____

2.() No

P 23. ¿Ha tenido algún familiar o conocido que haya padecido depresión postparto?

1.() Si. Indique el parentesco: _____.

2.() No

Autoestima

	SI	NO
P 24. Siente que su autoestima es alta.		
P 25. Se siente bien consigo misma como persona y mujer.		
P 26. Se siente útil.		
P 27. Siente que posee		

buenas cualidades como persona y mujer.		
P 28. Se siente feliz en relación con ser madre.		

Apoyo social y satisfacción matrimonial

	SI	NO
P 29. ¿Cuenta con apoyo por parte de su familia en caso de necesitar ayuda?		
P 30. Recibe apoyo emocional adecuado por parte de su familia		
P 31. Cuenta con el apoyo de una pareja sentimental		
P 32. Recibe apoyo emocional adecuado por parte de su pareja sentimental		
P 33. Recibe apoyo en las tareas domésticas o en el cuidado del hijo o hija, por		

parte de su pareja sentimental		
P 34. Puede confiar en su pareja sentimental si necesita ayuda.		
P 35. Se siente satisfecha con la situación de convivencia de pareja		
P 36. Ha experimentado actualmente problemas de pareja desde la llegada de su hijo o hija		
P 37. Considera que usted y su pareja sentimental tiene una buena relación		

Estrés vital

	SI	NO
P 38. Actualmente ha experimentado la muerte de un familiar.		
P 39. Actualmente ha		

experimentado la enfermedad grave de un familiar.		
P 40. Actualmente ha experimentado el cambio de residencia.		
P 41. Actualmente ha experimentado problemas financieros.		
P 42. Actualmente ha experimentado el desempleo.		
P 43. Actualmente ha experimentado problemas matrimoniales		

ASPECTOS POSTERIORES AL PARTO

Estrés en el cuidado del recién nacido y temperamento.

P 44. Su hijo o hija presenta problemas con la alimentación	SI	NO
P 45. Su hijo o hija presenta		

problemas con el sueño.		
P 46. Presenta su hijo o hija algún problema de salud.		
P 47. Su hijo o hija es difícil de calmar o consolar.		
P 48. Considera a su hijo o hija irritable o nervioso.		

Tristeza posparto

	SI	NO
P 49. ¿Experimentó usted un breve periodo de llanto o cambios de humor durante la primera semana después del parto?		
P 50. Se siente identificada como la madre de su hijo o hija		
P 51. Se ha culpado sin necesidad cuando las cosas no salen bien		
P 52. Se ha sentido ansiosa		

y estresada sin motivo		
P 53. Se ha sentido con miedo o pánico sin motivo		