

**UNIVERSIDAD RAFAEL LANDÍVAR**  
**FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD**  
**LICENCIATURA EN MEDICINA**

**PREVALENCIA DE DEPRESIÓN POSTPARTO EN PACIENTES DE PUESTOS DE SALUD.**

SAN JUAN OSTUNCALCO, QUETZALTENANGO, GUATEMALA, JULIO 2018.  
TESIS DE GRADO

**NADJA HAZEL CARRILLO ZEA**  
CARNET 10131-12

GUATEMALA DE LA ASUNCIÓN, AGOSTO DE 2018  
CAMPUS CENTRAL

**UNIVERSIDAD RAFAEL LANDÍVAR**  
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD  
LICENCIATURA EN MEDICINA

**PREVALENCIA DE DEPRESIÓN POSTPARTO EN PACIENTES DE PUESTOS DE SALUD.**

SAN JUAN OSTUNCALCO, QUETZALTENANGO, GUATEMALA, JULIO 2018.  
TESIS DE GRADO

TRABAJO PRESENTADO AL CONSEJO DE LA FACULTAD DE  
CIENCIAS DE LA SALUD

POR  
**NADJA HAZEL CARRILLO ZEA**

PREVIO A CONFERÍRSELE  
EL TÍTULO DE MÉDICA Y CIRUJANA EN EL GRADO ACADÉMICO DE LICENCIADA

GUATEMALA DE LA ASUNCIÓN, AGOSTO DE 2018  
CAMPUS CENTRAL

## **AUTORIDADES DE LA UNIVERSIDAD RAFAEL LANDÍVAR**

RECTOR: P. MARCO TULIO MARTINEZ SALAZAR, S. J.  
VICERRECTORA ACADÉMICA: DRA. MARTA LUCRECIA MÉNDEZ GONZÁLEZ DE PENEDO  
VICERRECTOR DE INVESTIGACIÓN Y PROYECCIÓN: ING. JOSÉ JUVENTINO GÁLVEZ RUANO  
VICERRECTOR DE INTEGRACIÓN UNIVERSITARIA: P. JULIO ENRIQUE MOREIRA CHAVARRÍA, S. J.  
VICERRECTOR ADMINISTRATIVO: LIC. ARIEL RIVERA IRÍAS  
SECRETARIA GENERAL: LIC. FABIOLA DE LA LUZ PADILLA BELTRANENA DE LORENZANA

## **AUTORIDADES DE LA FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD**

DECANO: DR. EDGAR MIGUEL LÓPEZ ÁLVAREZ  
SECRETARIA: LIC. JENIFFER ANNETTE LUTHER DE LEÓN  
DIRECTOR DE CARRERA: MGTR. EDGAR ENRIQUE CHÁVEZ BARILLAS

## **NOMBRE DEL ASESOR DE TRABAJO DE GRADUACIÓN**

LIC. LESTER ARIEL GIRÓN ROMERO

## **TERNA QUE PRACTICÓ LA EVALUACIÓN**

MGTR. ANA VICTORIA ARREAZA MORALES DE FRANCO  
LIC. BLANCA MAGDANY QUIROA ROBLEDO  
LIC. CLAUDIA MARIA DE LEÓN LEON



Universidad  
Rafael Landívar.  
Tradición Jesuita en Guatemala

Facultad de Ciencias de la Salud  
Departamento de Medicina  
**Comité de Tesis**

**VISTO BUENO INFORME FINAL DE TESIS  
ASESOR DE INVESTIGACION**

Guatemala, 8 de Agosto de 2018

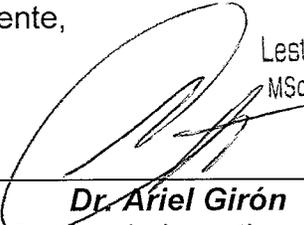
Comité de Tesis  
Departamento de Medicina  
Facultad de Ciencias de la Salud  
Universidad Rafael Landívar

Estimados miembros del Comité:

Deseándoles éxitos en sus actividades académicas regulares, me place informales que he revisado el informe final de tesis de graduación titulado: ***Prevalencia de depresión postparto en pacientes en puestos de salud de San Juan Ostuncalco, Quetzaltenango, Guatemala, julio 2018*** del estudiante ***Nadja Hazel Carrillo Zea*** con **1013112**, el cual he acompañado desde la fase de protocolo y, hasta el momento, ha cumplido con las exigencias y procedimientos establecidos en la Guía de Elaboración de Tesis de la Licenciatura en Medicina de esa universidad.

Por lo anterior, doy mi anuencia para que dicho informe pase a consideración del Comité de Tesis para su aprobación, no teniendo de mi parte ningún inconveniente para que dicho alumno pueda continuar con el proceso establecido por la Facultad de Ciencias de la Salud, para solicitar la *defensa de tesis* del trabajo en mención.

Sin otro particular, atentamente,

  
Lester Ariel Girón Roldán  
MSc. Ginecología y Obstetricia  
Col. No. 15,522

---

**Dr. Ariel Girón**  
Asesor de Investigación  
(Firma y Sello Profesional)



Universidad  
Rafael Landívar

Tradición Jesuita en Guatemala

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD  
No. 091017-2018

### Orden de Impresión

De acuerdo a la aprobación de la Evaluación del Trabajo de Graduación en la variante Tesis de Grado de la estudiante NADJA HAZEL CARRILLO ZEA, Carnet 10131-12 en la carrera LICENCIATURA EN MEDICINA, del Campus Central, que consta en el Acta No. 09711-2018 de fecha 21 de agosto de 2018, se autoriza la impresión digital del trabajo titulado:

**PREVALENCIA DE DEPRESIÓN POSTPARTO EN PACIENTES DE PUESTOS DE SALUD.  
SAN JUAN OSTUNCALCO, QUETZALTENANGO, GUATEMALA, JULIO 2018.**

Previo a conferírsele el título de MÉDICA Y CIRUJANA en el grado académico de LICENCIADA.

Dado en la ciudad de Guatemala de la Asunción, a los 24 días del mes de agosto del año 2018.



**LIC. JENIFFER ANNETTE LUTHER DE LEÓN, SECRETARIA  
CIENCIAS DE LA SALUD  
Universidad Rafael Landívar**

## Resumen

La depresión postparto es la complicación psiquiátrica más frecuente del período postnatal. Es una combinación compleja de cambios físicos, conductuales y emocionales. Actualmente, la incidencia se encuentra entre 30 y 200 casos por cada 1000 nacimientos, con una estimación de una tasa de recurrencia entre 10 y 35%. El objetivo fue determinar la prevalencia de depresión postparto en los puestos de salud de San Juan Ostuncalco, Quetzaltenango. Se seleccionaron en total 100 puérperas al azar, 20 por cada puesto de salud instalados en las comunidades cubiertas por EPS de la Universidad Rafael Landívar en un período de seis meses durante el año 2018. Se utilizó la escala de depresión postparto de Edimburgo y dos cuestionarios más de características epidemiológicas de cada paciente. Se realizó un análisis descriptivo de las características de las participantes, dando a conocer la distribución de la muestra de mujeres según su edad, escolaridad, y planificación del embarazo. Se obtuvo que la prevalencia de depresión postparto en las pacientes fue del 34%, con un intervalo de confianza del 95% donde su límite inferior es de 25% y el superior de 43% en cuanto a la escala de depresión postparto de Edimburgo y las puérperas en San Juan Ostuncalco, Quetzaltenango, en su mayoría, son mujeres de 18 a 35 años, con educación inicial, con pareja, con apoyo familiar, primigestas, sin antecedentes de depresión y nivel socioeconómico medio bajo.

# Índice

1. Introducción .....	1
2. Justificación .....	2
3. Marco Teórico .....	3
3.1 Puerperio .....	3
3.2 Depresión.....	3
3.2.1 Alteraciones de neurotransmisores .....	3
3.2.1.1 Serotonina .....	3
3.2.1.2 Noradrenalina .....	4
3.2.1.3 Dopamina .....	4
3.3 Depresión Postparto .....	5
3.3.1 Epidemiología .....	5
3.3.2 Etiología.....	6
3.3.3 Síntomas.....	9
3.3.4 Clasificación.....	10
3.3.4.1 Depresión postparto leve o maternity blues .....	10
3.3.4.2 Depresión postparto mayor.....	10
3.3.4.3 Psicosis postparto.....	10
3.3.5 Diagnóstico .....	11
3.3.6 Consecuencias.....	12
3.3.6.1 Alteración en la relación madre-hijo.....	12
3.3.6.2 Alteraciones en el desarrollo cognitivo.....	12
3.3.6.3 Socialización deficiente.....	12
3.3.6.4 Alteraciones en la educación de los hijos. ....	12
3.3.6.5 Alteraciones en la dinámica familiar.....	13
3.3.6.6 Suicidio .....	13
3.3.7 Manejo .....	14
3.3.7.1 Tratamiento Psicoterapéutico .....	15
3.3.7.2 Tratamiento Farmacológico .....	16

3.3.7.2.4 Valproato .....	20
3.4 Test de Edimburgo.....	21
4 Objetivos.....	23
4.1 General .....	23
4.2 Específicos.....	23
5 Materiales y métodos.....	24
Variables .....	26
6 Resultados.....	31
7 Discusión de resultados.....	41
8 Conclusiones .....	44
9 Recomendaciones .....	45
10 Bibliografía.....	46
11 Anexos.....	50

# 1. Introducción

El puerperio es uno de los períodos de mayor riesgo en la presentación de trastornos del estado de ánimo. Cerca del 85% de las mujeres presentan algún tipo de alteración del estado de ánimo durante el posparto.

La depresión postparto es la complicación psiquiátrica más frecuente del período postnatal. Ha sido definida como la presencia de todo trastorno depresivo, que sufren las madres tras el embarazo y parto, que se manifiesta durante el primer año postparto. Caracterizada por sentimientos de tristeza, inestabilidad emocional extrema, irritabilidad, fatiga y llanto.

Actualmente, la incidencia se encuentra entre 30 y 200 casos por cada 1000 nacimientos, con una estimación de una tasa de recurrencia entre 10 y 35%. Los síntomas pueden durar desde unas pocas semanas hasta varios meses y cerca del 4% los presentan durante un año. La depresión mayor afecta alrededor del 13% de las mujeres.

En la presente investigación se examinó a pacientes que asistían a los puestos de salud atendidos por estudiantes de la Universidad Rafael Landívar durante el puerperio para estudiar y evidenciar la presencia de depresión postparto y lograr una caracterización epidemiológica de las misma

## 2. Justificación

La depresión posparto es la complicación psiquiátrica más frecuente del periodo postnatal, la cual se manifiesta con sentimientos de tristeza, inestabilidad emocional extrema, irritabilidad, fatiga y llanto; por lo que surgió la idea que luego que una paciente da a luz, de 24 a 48 horas después se le da egreso en los hospitales y en la comunidad, la comadrona las envía a casa sin tomar en cuenta los posibles riesgos que estas pacientes pueden tener durante el puerperio.

De acuerdo a estadísticas elaboradas por médicos de práctica profesional supervisada rural del área de San Juan Ostuncalco existe un aproximado de 418 púerperas para el presente año, distribuidos de la siguiente manera:

Puestos de salud La Nueva con un total de 113, Agua Blanca, 54, El Tizate, 109, La Esperanza, 79 y Pueblo Nuevo, 38.

La importancia del estudio radica en la determinación que la salud, es un bienestar total incluyendo el estado físico, mental y social del individuo. Como se mencionó anteriormente, es enviada a su casa, sin la evaluación adecuada, fallando así en la atención integral del paciente. Debido a ello en el siguiente estudio, se busca la identificación de la depresión posparto implementando el uso de la escala de Edimburgo en los puestos de salud para identificar a las pacientes que tengan indicios de depresión posparto y tomar decisiones respecto a la conducta adecuada según cada caso.

Los beneficios que se adquirirán de la presente investigación, será en principio la identificación temprana de depresión posparto lo cual podrá generar una respuesta inmediata ante síntomas que indiquen dicha patología; permitiendo referir a las pacientes con un médico psiquiatra, y de esa forma, lograr la atención integral a la paciente púerpera y reducir posibles complicaciones a causa de esta situación.

## **3. Marco Teórico**

### **3.1 Puerperio**

El puerperio es el período de la vida de la mujer consiguiente al parto. Comienza posterior a la expulsión de la placenta y se extiende hasta la recuperación anatómica y fisiológica de la mujer. Es una etapa de transición de duración variable, de aproximadamente 6 a 8 semanas, en el que se inician y desarrollan los procesos de la lactancia y adaptación entre la madre, su hijo y el entorno. (7)

Clínicamente, el puerperio puede dividirse en tres etapas:

- a) Puerperio inmediato: primeras 24 horas postparto.
- b) Puerperio mediano: primera semana postparto.
- c) Puerperio tardío: de la segunda semana a las 6 semanas postparto.

### **3.2 Depresión**

Agrupación de síntomas afectivos como tristeza patológica, decaimiento, irritabilidad, sensación subjetiva de malestar general e impotencia frente a las exigencias de la vida, sin embargo, también puede haber síntomas de tipo cognitivo, volitivo o somático. (11)

#### **3.2.1 Alteraciones de neurotransmisores**

Existe evidencia que niveles anormales de serotonina, norepinefrina y dopamina, neurotransmisores aminérgicos que actúan en las neuronas del sistema nervioso central, podrían ser importantes en la fisiopatología de la depresión. (25)

##### **3.2.1.1 Serotonina**

Ejerce acción importante en el talante, conducta, movimiento, apreciación del dolor, actividad sexual, apetito, secreciones endocrinas, funciones cardíacas y el ciclo de sueño-vigilia.

La mayoría de la serotonina cerebral se genera en los núcleos del raquídeo, principalmente en el noveno núcleo del raquídeo, que se localiza encordado entre la línea

media del puente y el bulbo raquídeo, estructuras que forman parte del tallo cerebral. (25)

La serotonina es producida a partir del aminoácido triptófano, el cual es transportado a través de la barrera hemato-encefálica hasta las neuronas por el gran transportador neural de aminoácidos (LNAA). El LNAA también mueve otros aminoácidos: tirosina, leucina, valina e isoleucina a través de la barrera hematoencefálica. El triptófano transportado depende de su concentración y de la concentración de los otros aminoácidos en el cuerpo. Ya dentro de la neurona, se lleva a cabo el proceso de síntesis de serotonina. (25)

### **3.2.1.2 Noradrenalina**

El locus coeruleus (LC) es el núcleo del encéfalo, en el tallo cerebral, que genera noradrenalina; las neuronas del LC envían sus axones principalmente a las estructuras límbicas, que incluyen la amígdala, la formación hipocámpica y la corteza prefrontal. El LC, estructura que forma parte de la formación reticular, posee actividad tónica como marcapaso. La actividad de las neuronas del LC aumenta significativamente en la vigilia y en episodios de estrés, en los cuales su actividad neuronal alcanza niveles de intensidad máxima, y de este modo contribuye a alertar el organismo lo necesario como para sobrevivir. Es lógico aceptar que el estrés crónico genera depresión reactiva. (25)

### **3.2.1.3 Dopamina**

Es una catecolamina que se genera por las neuronas pigmentadas en la pars compacta del locus Níger y en neuronas de la parte ventral del tegmento mesencefálico; de aquí se origina la vía que existe entre la sustancia gris y el cuerpo estriado, la vía que da del área tegmental ventral del mesencéfalo hacia el nucleus accumbens del sistema límbico y a la corteza prefrontal. (25)

Una tercera vía se origina de las neuronas del túbulo de la hipófisis a la adenohipófisis.

La dopamina es principalmente un neurotransmisor inhibitorio. Este neurotransmisor, en las vías mesocortical y mesolímbica, participa en el

mantenimiento del estado de alerta. Se deriva del aminoácido tirosina, y la síntesis es por la misma vía que para la noradrenalina. (25)

### **3.3 Depresión Postparto**

El puerperio es uno de los períodos de mayor riesgo en la presentación de trastornos del estado de ánimo. Cerca del 85% de las mujeres presentan algún tipo de alteración del estado de ánimo durante el posparto. Algunas mujeres pueden experimentar síntomas leves y transitorios. (12)

La depresión postparto es la complicación psiquiátrica más frecuente del período postnatal. Es una combinación compleja de cambios físicos, conductuales y emocionales. (13)

La recidiva es 1:3 a 1:4 si la madre no es tratada correctamente y se asocia a severa discapacidad para desarrollar actividades de la vida diaria. Afecta en un aproximado al 19,2 % de las puérperas durante los tres primeros meses posparto. En la mayoría de los casos remite luego de tres a seis meses. Sin embargo, sus efectos en la relación madre-hijo no distinguen diferencias culturales o por nivel socioeconómico de la madre y su impacto en el desarrollo del niño está directamente relacionado con su duración e intensidad del cuadro. (22)

Ha sido definida como la presencia de todo trastorno depresivo, que sufren las madres tras el embarazo y parto, que se manifiesta durante el primer año postparto. Caracterizada por sentimientos de tristeza, inestabilidad emocional extrema, irritabilidad, fatiga y llanto. (17)

#### **3.3.1 Epidemiología**

Actualmente, la incidencia se encuentra entre 30 y 200 casos por cada 1000 nacimientos, con una estimación de una tasa de recurrencia entre 10 y 35%. Los síntomas pueden durar desde unas pocas semanas hasta varios meses y cerca del 4% los presentan durante un año. La depresión mayor afecta alrededor del 13% de las mujeres.

Mujeres que vuelven a embarazarse pueden recaer en un 50 a 75% de los casos, si no se producen más embarazos el 75% de las pacientes no repetirán síntomas psicóticos. (17)

### **3.3.2 Etiología**

#### **3.3.2.1 Teorías Bioquímicas**

##### **3.3.2.1.1 Fenómeno de retirada**

Este fenómeno es causado por el rápido descenso de las hormonas sexuales asociado a la modificación del esteroide plasmático, el estradiol y el estriol son las formas biológicamente activas de los estrógenos que son producidos por la placenta y se incrementa durante el embarazo entre 100 y 1000 veces respectivamente. (8)

La síntesis del estriol resulta de la actividad metabólica del hígado fetal; éste se produce en altas concentraciones durante el embarazo. Los estudios en animales han demostrado que el estradiol incrementa la acción neurotransmisora de la serotonina, al aumentar su síntesis y disminuir su recaptación. La brusca disminución en los niveles de estradiol posterior al parto, podría explicar teóricamente la depresión posparto (9)

##### **3.3.2.1.2 Hormonas Tiroideas**

La incidencia de la función tiroidea anormal aumenta levemente después del parto. En los seis meses posteriores al parto, las mujeres experimentan algún tipo de disfunción tiroidea, entre un 7 y 23% comparado con un 3 a 4% en la población general. (8)

Una elevada concentración de anticuerpos antimicrosomales y antitiroglobulina entre el cuarto y el sexto mes postparto, asociado a síntomas depresivos, requieren un mayor estudio. (10)

### **3.3.2.1.3 Hormonas hipofisarias**

Los niveles de prolactina alcanzan valores hasta 140 ng/ml al final del embarazo y declinan a las 3 semanas posteriores al parto. Se ha sugerido que la prolactina juega un papel importante en esta entidad ya que se ha observado que mujeres no embarazadas que tienen síntomas de ansiedad y depresión presentan estados de hiperprolactinemia patológica. (8)

### **3.3.2.1.4 Disminución en el nivel de Triptófano libre en suero**

La disponibilidad del triptófano circulante es el factor principal que regula la actividad de la enzima que constituye un paso limitante en la síntesis de 9 serotonina cuyo descenso juega un papel predominante como desencadenante de depresión. (10)

### **3.3.2.2 Antecedentes psiquiátricos previos**

La historia personal de depresión previa aumenta la incidencia de Depresión Postparto en un 10 a 24% de las mujeres. Si la depresión ocurre durante el embarazo el riesgo es mayor (35%). Los antecedentes familiares de depresión también juegan un papel muy importante en el desarrollo de la Depresión Postparto. (10)

### **3.3.2.3 Factores psicológicos**

El embarazo y el parto precisan en la adaptación de la mujer a una serie de cambios que ocurren no sólo en su cuerpo y en su mente sino con su pareja y con el resto de las relaciones interpersonales.

El tener un hijo para reivindicar la feminidad, abandonar la familia de origen, unir a la pareja, evitar un duelo o satisfacer a un hermanito ocasiona problemas psicológicos que pueden manifestarse durante el embarazo y después de este. Al

igual que tener un hijo no deseado provoca desde el inicio alteraciones del vínculo madre-hijo. (10)

#### **3.3.2.4 Factores psicosociales**

La percepción subjetiva de falta de apoyo que reciben las mujeres tras el nacimiento de sus hijos, ya sea en la realización de tareas domésticas, cuidado del niño o apoyo emocional, supone un incremento en el riesgo de estos trastornos. (10)

#### **3.3.2.5 Factores sociodemográficos**

La edad temprana o tardía de la madre, el estado civil, el nivel de estudios, la situación económica, y la situación laboral. (10)

#### **3.3.2.6 Factores de morbilidad**

##### **3.3.2.6.1 *Morbilidad materna***

La existencia de dificultades para lograr un embarazo en la pareja, embarazo múltiple, abortos previos, complicaciones durante el embarazo y el parto y la coexistencia de enfermedades crónicas en la madre.

##### **3.3.2.6.2 *Morbilidad del recién nacido***

Presencia de anomalías o enfermedades como problemas respiratorios, infecciosos, prematurez, bajo peso, ictericia, muerte neonatal y otros. (8)

### **3.3.2.7 Factores obstétricos y biológicos**

El tipo de parto influye en la gravedad. Estudios indican que existe mayor índice de depresión postparto en los que son por cesárea que los que son vaginales, por lo que han concluido que las mujeres que resolvieron el embarazo por vía vaginal tienen menos posibilidades de desarrollar depresión que las mujeres que resolvieron su embarazo por vía abdominal. (17)

### **3.3.3 Síntomas**

Los síntomas que se presentan frecuentemente son los mismos que en una depresión fuera del puerperio. Incluye los siguientes:

- Pérdida del interés o de placer por la vida
- Dormir demasiado
- Irritabilidad
- Ansiedad
- Sentirse sin valor
- Tener problemas para recordar cosas
- Dificultad para concentrarse
- Dificultad para toma de decisiones
- Llorar mucho o fácilmente
- Incapacidad de reír
- Soledad
- Dormir muy poco
- Pensamientos de daño a sí misma o al bebé
- Sentimientos de no ser apta para ser madre
- Percepciones erróneas de ellas mismas y su entorno.
- Lentitud exagerada
- Pérdida del apetito
- Pérdida involuntaria de peso
- Pérdida de la autoestima

(17,18)

### **3.3.4 Clasificación**

Los trastornos del estado del ánimo dentro del puerperio se catalogan según síntomas y duración de los mismos. Se clasifica en:

#### **3.3.4.1 Depresión postparto leve o puerperal blues**

Síndrome leve, transitorio, que presenta aproximadamente un 20-80% de las madres. Ocurre alrededor de los 2-4 días posteriores del parto y desaparece sin dejar secuelas, de forma espontánea, en un plazo de dos semanas. (10)

El pico de tristeza se observa usualmente cerca de los 3 a 5 días luego del parto y dura de varios días a semanas. (17)

Este tipo de depresión se caracteriza por ansiedad, insomnio, irritabilidad, labilidad emocional, cefaleas, cambios del apetito y sentimiento de minusvalía.

Presenta una mínima implicación sobre la actividad habitual de la madre y se ha considerado como un proceso mental fisiológico de adaptación a la nueva situación. (10)

#### **3.3.4.2 Depresión postparto mayor**

La clínica de este cuadro se inicia entre las 2 y 3 semanas tras el nacimiento, con una duración de 4 a 6 semanas, e incluso superior al año sin tratamiento. La prevalencia es del 5-22% de las nuevas madres.

Puede manifestarse en forma de episodio maníaco que luego evoluciona a depresivo, aunque la forma de inicio más característica es la de una depresión melancólica, con fuertes sentimientos de culpa, de incapacidad total de hacerse cargo de su hijo y de ambivalencia en relación con el afecto por este. (10)

#### **3.3.4.3 Psicosis postparto**

La psicosis postparto es una enfermedad aguda y grave que ocurre en 1-2 de cada 1000 nacimientos. (10)

En estos casos se observan cuadros de psicosis, con alucinaciones y/o delirio dentro de las 3 semanas luego del parto. En un inicio suele aparecer más

frecuentemente con rasgos de trastorno bipolar, que como trastornos del ánimo. (17)

La psicosis postparto se define como la presencia de al menos dos de los cinco síntomas:

- Ideas delirantes.
- Alucinaciones, que pueden ser de cualquier modalidad sensorial.
- Lenguaje desorganizado.
- Conducta muy desorganizada y generalmente agitada o catatónica.
- Síntomas negativos tales como: bloqueo de pensamiento y aislamiento interpersonal. (19)

### **3.3.5 Diagnóstico**

Durante las primeras semanas posparto, cerca del 80 % de las madres experimentan un cuadro denominado disforia/tristeza posparto, o también llamado maternity blues, caracterizado por inestabilidad emocional, tristeza, insomnio, llanto, fatiga irritabilidad y ansiedad. Este cuadro cursa entre el tercer y décimo día posparto y ha sido asociado con los cambios hormonales de la etapa, por lo mismo, no requiere de tratamiento farmacológico, sino del apoyo familiar. (22)

Se inicia con una adecuada historia clínica completa, unida a un examen físico y analítico. La fatiga y astenia pueden ser debidas a la excesiva pérdida de sangre durante el parto, a la disminución del sueño y a la adaptación a las necesidades del recién nacido. (10) La pérdida de iniciativa y los cambios de humor pueden deberse al hipotiroidismo, generalmente transitorio, que ocurre en 4-7% de las pacientes entre el cuarto y sexto mes postparto. (10)

La identificación de los grupos de riesgo, así como caracterizar a las pacientes pre y postnatales. (10)

Relación médico paciente, este debe de atender las quejas somáticas inespecíficas de la mujer y ser capaz de distinguir lo que es debido a la adaptación al cambio y lo que puede considerarse un cuadro depresivo. (10)

Existen dos métodos principales para evaluar la depresión, uno es la entrevista y el otro la auto aplicación de pruebas, como la escala de Edimburgo, que es la de mayor valor predictivo para el diagnóstico de depresión postparto. (17)

El mejor momento para aplicar la Escala de Depresión de Edimburgo es a las ocho semanas posparto ya que coincide con el período de máxima incidencia de la depresión puerperal y además, con la disminución de los síntomas atribuibles a un período adaptativo normal. (22)

### **3.3.6 Consecuencias**

La existencia de depresión en la madre tiene repercusiones en el desarrollo del niño, las cuales van a depender de la duración de la misma. Las consecuencias más frecuentes son:

#### **3.3.6.1 Alteración en la relación madre-hijo.**

La relación entre ellos se ha definido como negativa cuando la madre se encuentra deprimida caracterizándose por el rechazo, la hostilidad, la crítica y la indiferencia afectiva. (8)

#### **3.3.6.2 Alteraciones en el desarrollo cognitivo.**

Rosello y cols en un estudio realizado en hijos de mujeres primíparas que cursaron con depresión posparto durante el primer año encontraron alteraciones en el desarrollo cognitivo a los 28 meses de edad, sin embargo en este aspecto el estudio aún no es concluyente. (8)

#### **3.3.6.3 Socialización deficiente.**

Los hijos de madres deprimidas presentan una menor sociabilidad lo cual se le atribuye a la falta de estimulación y al poco contacto materno que tienen los hijos de madres deprimidas durante el primer año de vida. (8)

#### **3.3.6.4 Alteraciones en la educación de los hijos.**

La crianza de los hijos se ve influida cuando la madre presenta Depresión Posparto (DPP) y la importancia de la crianza sobre el desarrollo social del niño se relaciona

con la trascendencia de la estimulación, la sensibilidad, y el contacto materno durante los primeros años de vida en el desarrollo social de los niños. (8)

#### **3.3.6.5 Alteraciones en la dinámica familiar.**

La depresión es una enfermedad crónica que afecta la vida familiar y reduce la capacidad de adaptación social tanto de la madre como de la familia. (8)

#### **3.3.6.6 Suicidio**

Consecuencia más terrible de la depresión. Éste ocurre dejando marcas profundas, difíciles de superar, en los familiares y amigos. El suicidio puede ser directo o indirecto, consciente o inconsciente. (18)

El suicidio directo o consciente, es aquel en que la persona deliberadamente, decide eliminar la propia vida, lo que hace a través de una irreversible autoagresión, sin tiempo y medios para retroceder en el gesto. (18)

El suicidio indirecto o inconsciente es aquel en que la muerte no es buscada deliberadamente, irreversible. La persona, denominada por una tristeza largamente abrigada, poco a poco va entregándose al desaliento, consumiendo las fuerzas psíquicas y físicas, hasta que el cuerpo, pierde todas las resistencias, no permite más seguir con la vida. (18)

Existen cuatro tipos de suicidios los cuales son:

- a) Suicidio maniático: es aquel que se produce como consecuencia de alucinaciones o de concepciones delirantes. El enfermo comete el suicidio para escapar a un peligro o a una vergüenza imaginaria o para obedecer una orden misteriosa que ha recibido de lo alto, etc. Los motivos reflejan los caracteres generales de la enfermedad de que deriva, la cual es la manía. (24)
  
- b) Suicidio melancólico: este se relaciona con un estado general de extrema depresión, de mucha tristeza, que hace que el enfermo no aprecie los vínculos que tiene con las personas y cosas que les rodea; los placeres

carecen de atractivo, la vida le parece fastidiosa y dolorida. Al ser esto una situación constante, ocurre lo mismo con la idea del suicidio; están dotadas de una gran fijeza y los motivos generales que los determinan son siempre los mismos. (24)

- c) Suicidio obsesivo: en este caso el suicidio no es causado por motivo alguno real ni imaginario, sino que por la idea fija de la muerte que, sin razón sólida alguna, se ha apoderado subversivamente del espíritu del enfermo, está obsesionado por el deseo de matarse, aunque sepa perfectamente que no tiene motivo alguno para hacerlo. Se trata de una necesidad instintiva, sobre la que la reflexión y el razonamiento carecen de imperio. (24)
- d) Suicidio impulsivo o automático: carece de razón de ser en la realidad y en la imaginación del enfermo. Sólo que en lugar de producirse por una idea fija que atormenta el espíritu durante un tiempo más o menos largo y que domina progresivamente a la voluntad, resulta de una impulsión brusca e inmediatamente irresistible. En un abrir y cerrar de ojos surge la idea en su plenitud y suscita el acto o, al menos, un comienzo de ejecución. (24)

### **3.3.7 Manejo**

Las mujeres con depresión postparto requieren de un manejo cuidadoso y documentado por parte del médico que permita detener el impacto negativo de la enfermedad para la salud del niño. La decisión final debe ser un acuerdo entre el médico y la paciente adecuadamente informada por él y provenir de análisis sobre los riesgos y beneficios de las posibilidades terapéuticas para cada caso en particular. (24)

Existen consideraciones generales que deben de seguirse:

- a) Los medicamentos no son necesarios en todos los casos. La psicoterapia es una opción que ha demostrado ser efectiva como monoterapia en eventos leves a moderados.

- b) La severidad de los episodios previos y del actual.
- c) Brindar opciones terapéuticas para permitir la lactancia materna.
- d) En caso del tratamiento farmacológico se requiere la monitorización del niño en búsqueda de posibles efectos adversos del antidepresivo en caso se continúe con la lactancia materna tales como: irritabilidad, llanto constante, inquietud, aumento del tono muscular, temblor y alteraciones del sueño y la alimentación.
- e) Mujeres con psicosis deben ser remitidas al psiquiatra. (20)

### **3.3.7.1 Tratamiento Psicoterapéutico**

Esta medida terapéutica apunta a corregir las creencias irracionales del ser humano y de los demás, que son las que producen depresión.

Las características que unifican la psicoterapia son:

- a) la calidad del terapeuta
- b) el contacto directo y personal
- c) ayudar a entender las cuestiones que pueden estar detrás de los pensamientos y sentimientos del paciente
- d) el grupo es importante para compartir los problemas con otras personas que están pasando por la misma situación. (18)

La terapia cognitiva está enfocada en la vinculación del pensamiento y la conducta de la persona. Éste tipo de terapia consta de 3 principios básicos que son:

- a) empirismo colaborativo.
- b) descubrimiento guiado.
- c) diálogo socrático. (18)

La consejería puede ayudar a hablar a través de sus preocupaciones con un psiquiatra, psicólogo y otro profesional de la salud mental. A través del asesoramiento. A veces, la terapia con la familia o con la pareja puede ayudar.

### **3.3.7.2 Tratamiento Farmacológico**

Los más usados son los antidepresivos tricíclicos y los inhibidores selectivos de la receptación de serotonina.

En caso de antecedentes de depresión postparto la medicación debe iniciarse inmediatamente después del parto para prevenir una posible recaída. El tratamiento debe mantenerse de seis meses hasta un año. (18)

En caso de riesgo para la madre o para el bebé está indicado el ingreso psiquiátrico. (10)

Deben utilizarse fármacos estabilizadores del estado del ánimo y, con gran frecuencia, neurolépticos para controlar las crisis agudas y los episodios de agitación. En caso que el paciente no responda a la farmacoterapia o los síntomas empeoren puede ser necesaria la terapia electroconvulsiva. (10)

#### **3.3.7.2.1 Antidepresivos Tricíclicos**

Su concentración en la leche resulta aproximadamente la misma que en el plasma materno. (21)

#### **3.3.7.2.2 Antidepresivos Inhibidores Selectivos de la Receptación de Serotonina**

Los inhibidores selectivos de la recaptación de la serotonina incrementan los niveles extracelulares del neurotransmisor serotonina al inhibir su recaptación hacia la célula presináptica, por lo que aumenta la cantidad de serotonina en la hendidura sináptica disponible para unirse al receptor postsináptico.

Resultados de estudios indican que la fluoxetina y su metabolito norfluoxetina se excretan en la leche materna y alcanzan concentraciones significativas en el plasma del lactante. Los síntomas que se detectan son aumento del llanto, disminución del sueño, vómitos y diarreas. (21)

### 3.3.7.2.3 Litio

#### 3.3.7.2.3.1 Mecanismos de acción

##### a) Efecto sobre el ritmo circadiano

Los distintos ritmos circadianos se encuentran alterados en los trastornos afectivos. El litio lentifica el ciclo sueño-vigilia en sujetos sanos, por lo que se cree que la acción sobre estos ritmos podría ser responsable de su eficacia clínica. (23)

##### b) Efecto sobre la neurotransmisión

- **Sistema colinérgico:** incremento en la concentración, en la síntesis y en el turn-over de la acetilcolina en el cerebro.
- **Sistema catecolaminérgico:** disminuye la concentración, almacenamiento y liberación de dopamina y noradrenalina en el sistema nervioso central.
- **Sistema serotoninérgico:** Inicialmente se produce un incremento de la captación del triptófano en las sinapsis. Luego, aumenta la síntesis de serotonina. Algunos autores sugieren que existe una relación entre el efecto antiagresivo del litio y los niveles incrementados de serotonina, evidenciada por un aumento de los niveles de Acido 5-hidroxi-indolacético en el líquido cefalorraquídeo. (23)

##### c) Efectos Neuroendocrinos

El litio disminuye los niveles de testosterona. Este efecto se ha relacionado con su acción antiagresiva. Actúa, además, al nivel de las hormonas tiroideas, disminuyendo los niveles séricos, y de la glándula pineal, produciendo una hiperplasia parenquimatosa con aumento de los niveles de melatonina. (23)

#### **d) Efectos Postsinápticos**

Realiza su función al inhibir a la adenilciclase noradrenalina sensible. Ello disminuye la síntesis de AMP cíclico (segundo mensajero), alterando así la cadena de neurotransmisión. El litio, asimismo, inhibe a la enzima inositol-monofosfato-fosfatasa que hidroliza los fosfatidilinositoles y disminuye la formación de inositol libre, necesario para la continuación del ciclo. Esta acción del litio ha sido postulada como uno de los probables mecanismos de acción subyacentes a su efecto clínico.

Debido a que es un electrolito, su paso por la leche materna es más rápido, en un 40-50% respecto a la del plasma materno. Alcanza este mismo porcentaje en el plasma del lactante.

El niño puede desarrollar síntomas como cianosis, hipotermia, hipertonía por lo que está contraindicado en uso de madres lactantes. (21)

#### **3.3.7.3.2.2 Reacciones adversas**

##### **a) *Renales***

Se excreta en un 95% por el riñón, según los cambios que se produzcan en el filtrado glomerular y del balance de sodio. El 70-80% del litio filtrado se reabsorbe en el túbulo proximal; le sigue el sodio, por lo que los cambios en el balance de sodio afectan la reabsorción del litio. Con un balance negativo de sodio comienza el aumento compensatorio de su reabsorción en el túbulo proximal, que se acompaña con un aumento de la reabsorción del litio, con los peligros de intoxicación que esto puede llegar a ocasionar. Las lesiones renales se caracterizan por presentar atrofia glomerular y fibrosis intersticial, que retrogradan si se suspende el litio. El tratamiento con litio está contraindicado en la insuficiencia renal aguda. Sin embargo, se puede usar en la insuficiencia renal crónica, si ésta no es muy severa. (23)

b) **Cardiovasculares**

Alteraciones electrocardiográficas. Estas aparecen en las primeras semanas; permanecen constantes o bien desaparecen de forma espontánea. Se han descrito arritmias de distinto tipo. Sus efectos cardiovasculares están relacionados a cambios en el potasio intracelular, con interacciones con el metabolismo del magnesio y del calcio. Se han informado cambios reversibles en la función del nódulo sinusal, taquicardia sinusal, bradicardia, bloqueos aurículo-ventriculares, extrasístoles ventriculares, fibrilación ventricular, etc. (23)

c) **Tiroideas**

Disminución de la liberación de hormona tiroidea (hipotiroidismo subclínico). Puede existir un ligero aumento del tamaño glandular. En algunos pacientes puede desarrollarse bocio. En los casos de enfermedad previa o predisposición genética, la glándula puede no ser capaz de compensar la disminución de hormona circulante, desencadenándose entonces hipotiroidismo clínico. El litio impide la captación de yodo por la glándula tiroidea y la acción de la hormona hipofisaria tirotrópica (TSH) sobre la tiroidea. Produce la disminución de los niveles T3, T4 y aumento de la TSH y de la respuesta de la TSH a la TRH. Se cree que podría haber una relación entre anomalías tiroideas y cicladores rápidos. (23)

d) **Neurológicos**

Trastornos leves como letargo, disforia y disminución de la espontaneidad. Pero el efecto secundario característico del litio es un temblor fino en las manos, que se agrava con el cansancio, la ansiedad y la cafeína, y puede entorpecer la realización de tareas delicadas. Disminuye con el pasar del tiempo. En cuanto al temblor distal es más frecuente en pacientes con antecedentes de temblores esenciales o familiares. La debilidad muscular desaparece de forma espontánea y no necesita tratamiento; se han descrito

síntomas miasteniformes y el litio puede potenciar la acción de los relajantes musculares.

En algunos estudios se hallaron ondas lentas en el electroencefalograma. Los síntomas de neurotoxicidad no aparecen con litemias dentro del rango terapéutico; con 1,5 mEq/l comienzan a aparecer algunos (desorientación, somnolencia, disartria) y con 2 mEq/l o más el cuadro es grave (alteraciones cerebelosas, disartria, nistagmo, ataxia y convulsiones). (23)

e) ***Aumento de peso***

Produce aumento del apetito y de la ingesta alimentaria, en especial hidrocarbonada.

f) ***Dermatológicos***

Las erupciones eritematosas, maculopapulares y acneiformes pueden aparecer en pacientes predispuestos a reacciones dermatológicas. Se han observado reactivaciones de procesos psoriásicos. (23)

g) ***Gastrointestinales***

Náuseas, vómitos, deposiciones blandas, dolor abdominal.

h) ***Metabolismo mineral***

Puede reemplazar al sodio en algunos mecanismos de transporte activo, pero es extraído del interior de las células con menos eficacia que el sodio. (23)

#### **3.3.7.2.4 Valproato**

Su concentración en la leche oscila entre el 1 y 25% de la concentración en el plasma materno. Es apta para utilizar en este periodo. (21)

Es un anticonvulsivo con una estructura química única.

#### **3.3.7.2.4.1 El mecanismo de acción es:**

Parece ser que aumenta las concentraciones de ácido gamma-aminobutírico en el cerebro. Inhibe las enzimas que catabolizan este neurotransmisor o bloquea la receptación del GABA por el sistema nervioso central. También actúa suprimiendo la excitación cíclica neuronal mediante una inhibición de los canales de sodio voltaje-dependientes.

#### **3.3.7.2.4.2 Reacciones adversas**

Los efectos más frecuentes sobre el tracto digestivo son la náusea, vómitos y la indigestión. En este sentido, las sales sódica y magnésica del ácido valproico parecen ser mejor toleradas.

Por vía intravenosa, puede ocasionar dolor abdominal.

Otros efectos adversos digestivos incluyen dolor abdominal, constipación o diarrea. También anorexia o estimulación del apetito.

La hepatotoxicidad tiene más riesgo de desarrollarse en niños menores de 2 años, en los pacientes tratados con múltiples anticonvulsivantes. Se puede manifestar con ictericia, malestar general, debilidad, edema facial, letargia, anorexia y vómitos.

Puede producir una trombocitopenia o inhibir la fase secundaria de la agregación plaquetaria. Como consecuencia se observa un aumento del tiempo de sangrado, petequias y cardenales. También se ha documentado leucopenia moderada en algunos pocos casos.

El fármaco es un depresor del sistema nervioso central, por lo que produce mareos y somnolencia que pueden ser muy acentuados si se administra al mismo tiempo otros anticonvulsivantes. (21)

### **3.4 Test de Edimburgo**

Se creó para asistir a los profesionales de la atención primaria de la salud en la detección de las madres que padecen de depresión postparto.

Es una escala de 10 ítems. La madre escoge cuál de las cuatro posibles respuestas es la que más se asemeja a la manera en la que se sintió durante la semana anterior.

El estudio de validación demostró que las madres que obtienen resultados por encima del umbral del 92.3% es más probable que padezcan de alguna enfermedad depresiva de diferentes niveles de gravedad. No obstante, no se le debe dar más importancia a los resultados de la Escala de Depresión de Edimburgo (EPDS) que al juicio clínico.

La escala muestra una sensibilidad del 76.7% y una especificidad de 92.5% para depresión postparto. (15)

Ha sido validada para su uso en el embarazo por Murray & Cox, con un punto de corte de 14/15 para probable depresión. Esta validación se realizó entre las 28 y 34 semanas de gestación.

Gibson y Cols realizaron una revisión sistemática de los estudios de validación del EPDS en el embarazo y en el postparto, encontrando que existe una heterogeneidad de los resultados, que puede deberse a diferencias en la metodología, lenguaje, a las entrevistas o a los criterios usados. (15)

La escala no detecta a las madres con neurosis de ansiedad, fobias o trastornos de la personalidad. (16)

## **4 Objetivos**

### **4.1 General**

Determinar la prevalencia de depresión postparto en los puestos de salud de San Juan Ostuncalco, Quetzaltenango.

### **4.2 Específicos**

Caracterizar epidemiológicamente a las puérperas de los puestos de salud de San Juan Ostuncalco, Quetzaltenango.

## 5 Materiales y métodos

**Tipo de estudio:** descriptivo, transversal y observacional.

**Población:** puérperas que visitan los puestos de salud de San Juan Ostuncalco, Quetzaltenango. En un periodo de seis meses.

**Muestra:** 100 puérperas que asistían a los puestos de salud de San Juan Ostuncalco, durante los meses de enero a junio del 2018.

Se seleccionaron en total 100 puérperas al azar, 20 por cada puesto de salud instalados en las comunidades cubiertas por los estudiantes de último año de medicina en el Programa de Medicina Comunitaria (PMC) de la Universidad Rafael Landívar dentro del área rural en el municipio de San Juan Ostuncalco departamento de Quetzaltenango, en un período de seis (6) meses durante el año 2018.

La técnica a utilizar fue la entrevista a cada madre y el instrumento que se utilizó fue un cuestionario de acuerdo a los objetivos planteados. Por lo que se realizaron visitas mensuales a los puestos de salud de San Juan Ostuncalco, Quetzaltenango, de forma que se pudieran captar a las participantes, solicitando su consentimiento informado y disponibilidad de tiempo para la resolución del mismo.

El cuestionario constó de tres partes. La primera parte incluirá los datos de la madre sobre su edad, estado civil, escolaridad, planificación del embarazo, uso de planificación familiar, apoyo económico, paridad y antecedentes de depresión. La segunda parte de 10 preguntas las cuales están basadas en cómo se ha sentido la madre en las últimas dos semanas y por último, la tercera parte, de un cuestionario, en el cual se describe el hogar de la paciente, para su evaluación socioeconómica.

Variabes cualitativas dadas mediante la Escala de Depresión posnatal de Edimburgo, la cual lleva como punto de corte el puntaje de 11 puntos, en donde, 10 o menos de esta cantidad las pacientes no tienen depresión postparto y, de 11 en

adelante la paciente si tiene depresión postparto, esta escala evalúa los indicadores de tristeza y ansiedad de las pacientes.

Se aplicó la boleta de recolección de datos la cual evalúa edad, estado civil, escolaridad, si el embarazo fue planificado, el uso de planificación familiar, si tienen o no apoyo económico, paridad y antecedentes de depresión.

Se recolectaron los datos de manera directa abordando a las pacientes puérperas que asistían al puesto de salud aplicando la escala y la boleta de recolección de datos antes mencionada a cada paciente de manera individual.

Se procedió a realizar la suma de los resultados obtenidos mediante la escala y se clasifican las pacientes que obtuvieron un resultado positivo tabulando los resultados de la boleta de cada paciente. Después se procedió a agrupar mediante medidas de tendencia central y tabular datos mediante el programa de Microsoft Excel.

El análisis estadístico empleado consistió en calcular el índice de Edimburgo para cada mujer participante en el estudio. El índice posee una escala que va de 0 a 30 puntos, donde aquellas que puedan presentar valores por arriba de 10 se les considera con riesgo de depresión; por lo tanto, al clasificar a las mujeres como: con o sin riesgo de depresión se obtuvo de las mujeres puérperas de más de 7 días postparto, estimándose el intervalo de confianza al 95% para esta prevalencia.

Se realizó un análisis descriptivo de las características personas de las participantes en el presente estudio, dando a conocer la distribución de la muestra de mujeres según su edad, escolaridad y, planificación del embarazo.

## Variables

Variable	Definición conceptual	Definición operacional	Tipo de variable y escala de medición	Indicador
<b>Depresión postparto por escala de Edimburgo</b>	Trastorno emocional caracterizado por sentimiento de tristeza, melancolía, abatimiento durante los primeros 2 días a 6 meses postparto.	Se realizara mediante el test de Edimburgo en las cuales la paciente es quien responde las preguntas con resultados de:  >12 puntos: presencia de depresión postparto  <12 puntos: ausencia de depresión postparto.	Cualitativa nominal	Presencia de depresión postparto  Ausencia de depresión postparto.
<b>Edad</b>	Es el tiempo que ha vivido una persona al día de realizar el estudio.	Número de años cumplidos, según fecha de nacimiento.	Cuantitativa	Años

<b>Estado civil</b>	Situación personal en que se encuentra o no una persona física en relación a otra, con quien se crean lazos jurídicamente reconocidos sin que sea su pariente, constituyendo con ella una institución familiar, y adquiriendo derechos y deberes al respecto.	Se preguntará verbalmente y se anotará en la boleta de recolección de datos.	Cualitativa nominal	Soltera Casada Separada Unida viuda
<b>Escolaridad</b>	Tiempo durante el que un alumno asiste a la escuela o a cualquier centro de enseñanza.	Dato obtenido del paciente.	Cuantitativa	Grado alcanzado
<b>Alfabetismo</b>	Cualidad de las personas que saben leer y escribir.	Dato obtenido del paciente	Cualitativa	Sabe leer Sabe escribir
<b>Embarazo planificado</b>	Embarazo que se presenta cuando la mujer	Dato obtenido del paciente.	Cualitativa nominal	Si planificado

	o la pareja no lo está buscando y por lo tanto no está dentro de los planes de vida de estas personas, lo que puede generar consecuencias negativas para ambos.			No planificado
<b>Planificación familiar</b>	Decisión libre, voluntaria e informada de las personas para elegir cuándo, cuántos y cada cuánto tiempo van a tener hijos, así como la decisión de los hombres y las mujeres de que puedan ejercer su derecho a elegir los métodos anticonceptivos que consideren pertinentes para planificar su familia.	Se realizará una encuesta en la cual la paciente responderá el tipo de planificación familiar que estaba utilizando antes del embarazo.	Cualitativa nominal	Sin métodos de planificación  Métodos de barrera  Métodos naturales  Métodos hormonales  Métodos quirúrgicos

<b>Apoyo económico</b>	Sustento que aporta la familia a la madre.	Se realizará mediante una encuesta en la cual el paciente responderá si recibe o no apoyo, en caso que si reciba se le preguntará por parte de quien es el apoyo.	Cualitativa ordinal	Si presenta  No presenta
<b>Paridad</b>	Número de embarazos con un nacimiento más allá de las 20 semanas de gestación o un recién nacido con peso mayor a 500 gr.	Se preguntará verbalmente y se anotará en la boleta de recolección de datos.	Cualitativa nominal	Primíparas  Multíparas
<b>Antecedente de depresión.</b>	Depresión o depresión postparto diagnosticada por médico previo al parto.	Se preguntará verbalmente y se anotará en la boleta de recolección de datos.	Cualitativa nominal	Si  No
<b>Nivel socioeconómico</b>	Capacidad económica y social de un	Se obtendrá por puntuación de la boleta de	Cualitativa ordinal	Baja:7-12 puntos.

	individuo o familia.	recolección de datos.		Media baja: 13-16 puntos.  Media: 17-21 puntos.
--	-------------------------	--------------------------	--	---

## 6 Resultados

Se realizó el estudio en 100 mujeres puérperas que asistieron a los puestos de salud de San Juan Ostuncalco, Quetzaltenango, en un periodo de seis meses comprendidos de enero a junio del año 2018.

### Depresión en las mujeres

#### Cuadro No. 1

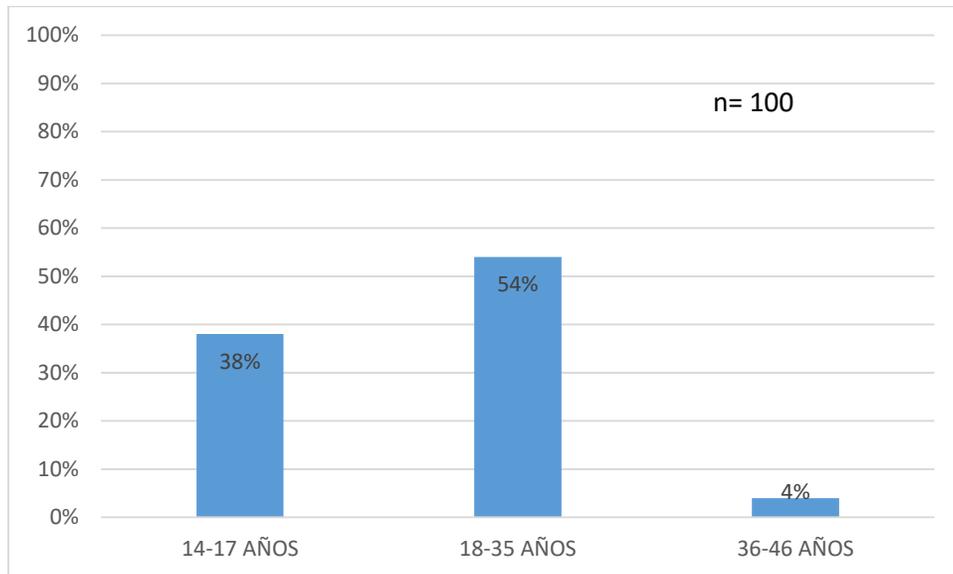
**Depresión en las mujeres durante su puerperio en los puestos de salud de San Juan Ostuncalco, Quetzaltenango, 2018.**

Índice	Media o porcentaje	Intervalo de confianza (95%)	
		Límite inferior	Límite superior
<b>Porcentaje de mujeres con depresión (n=100)</b>	34%	25%	43%

En el presente cuadro se puede observar que el porcentaje de mujeres con depresión postparto, misma que para la muestra es del 34%, y que en la población de mujeres en general de San Juan Ostuncalco que asisten a los puestos de salud puede ser tan baja como un 25% o tan alta como un 43% de la población.

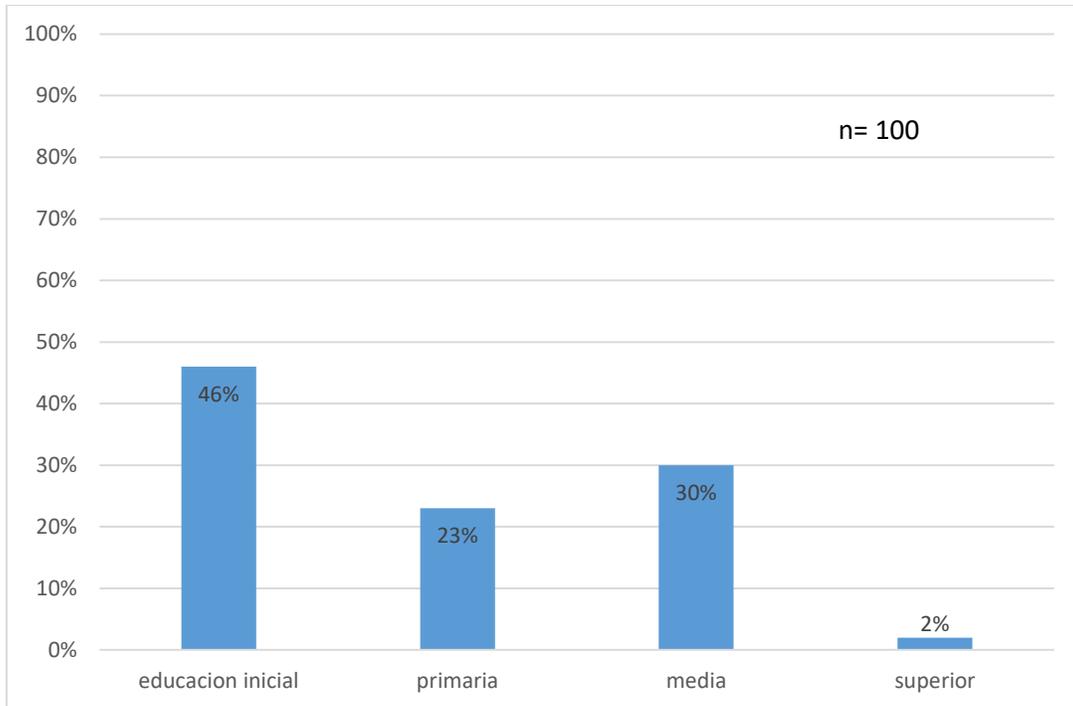
## Caracterización de la muestra según información personal

**Gráfica 1: Grupos de edad de puérperas en puestos de salud de San Juan Ostuncalco, de enero a junio 2018.**



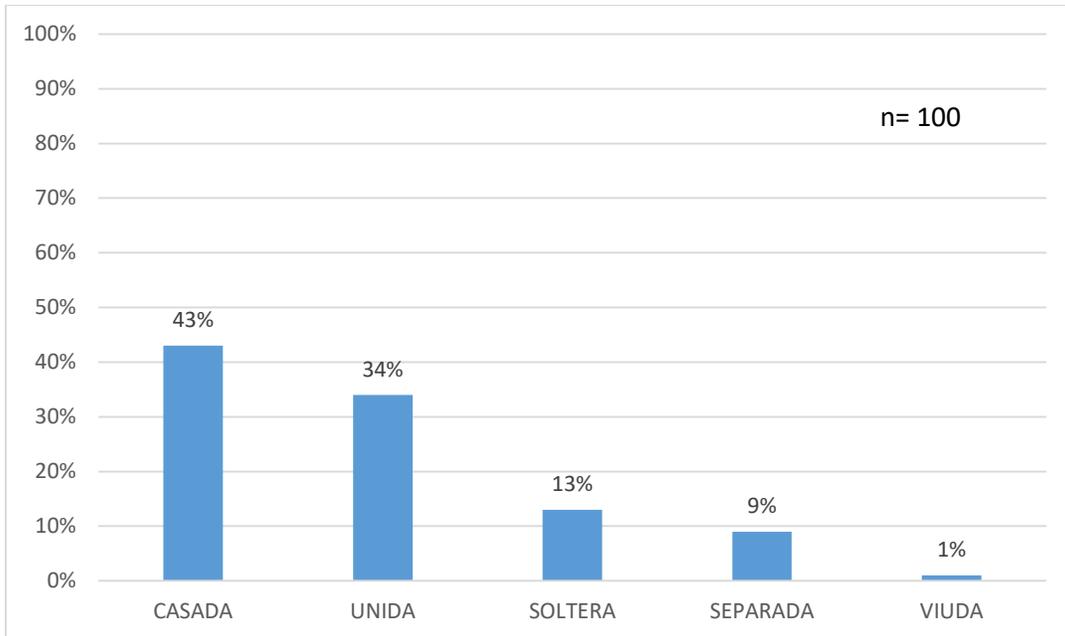
De la gráfica “1” se obtiene que la muestra es principalmente de mujeres jóvenes, ya que constituyen el 54% de un total de 100 mujeres evaluadas, por lo que se puede decir que según el intervalo de confianza, la población en estos rangos de edad puede ser tan baja como 44% o tan alta como 63%. El resto de las pacientes comprendía un 38% en las de edad de 14 a 17 años y un 4% de las de 36 a 45 años. Se puede decir, que en cuanto a las pacientes adolescentes (14-17 años) con el intervalo de confianza del 95% puede ser tan baja como un 29% o tan alta como un 47% de la población.

**Gráfica 2: Grado de escolaridad alcanzado en puérperas de puestos de salud de San Juan Ostuncalco, de enero a junio 2018.**



De la gráfica “2” se obtiene que la muestra ha obtenido en su mayoría la educación inicial con un total del 46%, por lo que se puede decir que la población con una educación inicial puede ser tan baja como 36% o tan alta como 55% de la población, seguida de la media con un total del 30%, el resto de pacientes han llegado hasta la educación primaria con un 23% y en su minoría con el 2%, la educación superior.

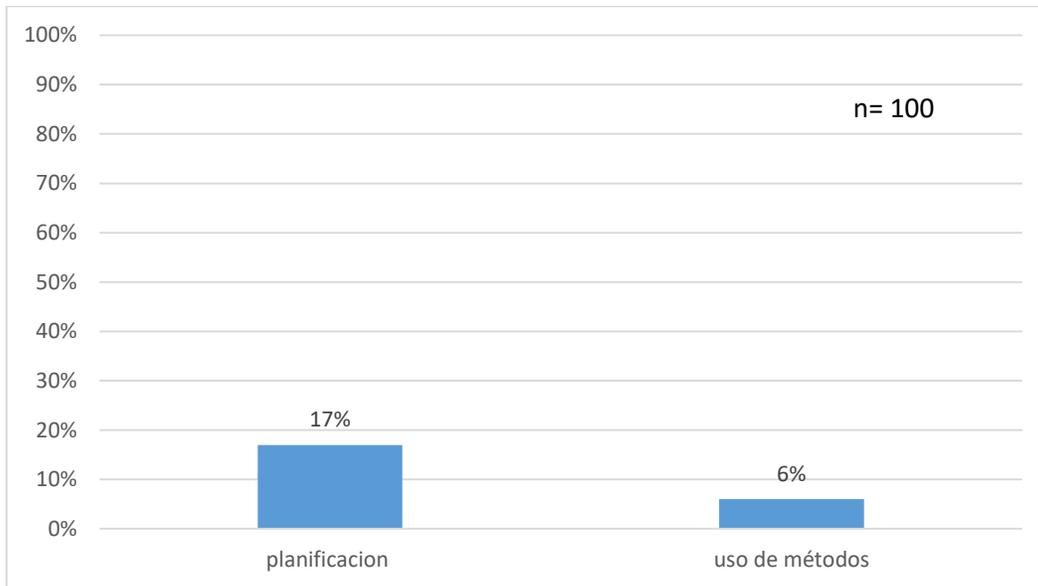
**Gráfica 3: Estado civil en puérperas de puestos de salud de San Juan Ostuncalco, de enero a junio 2018.**



De la gráfica “3” la mayoría son mujeres con pareja (unidas y casadas), 77%, con un intervalo de confianza del 95% se puede decir que las puérperas con pareja pueden ser tan baja como el 67% o tan alta como el 84% de la población. En general, estas son las pacientes en quienes se puede observar estabilidad de pareja. Por otro lado, el 23% restante son pacientes sin estabilidad de pareja de las cuales el 13% son solteras, el 9% separadas y el 1% viudas; el intervalo de confianza del 95% puede ser tan baja como del 15% o tan alta como el 32%.

**Gráfica 4:**

**Planificación del embarazo y uso de métodos anticonceptivos de puérperas en puestos de salud de San Juan Ostuncalco, de enero a junio 2018.**



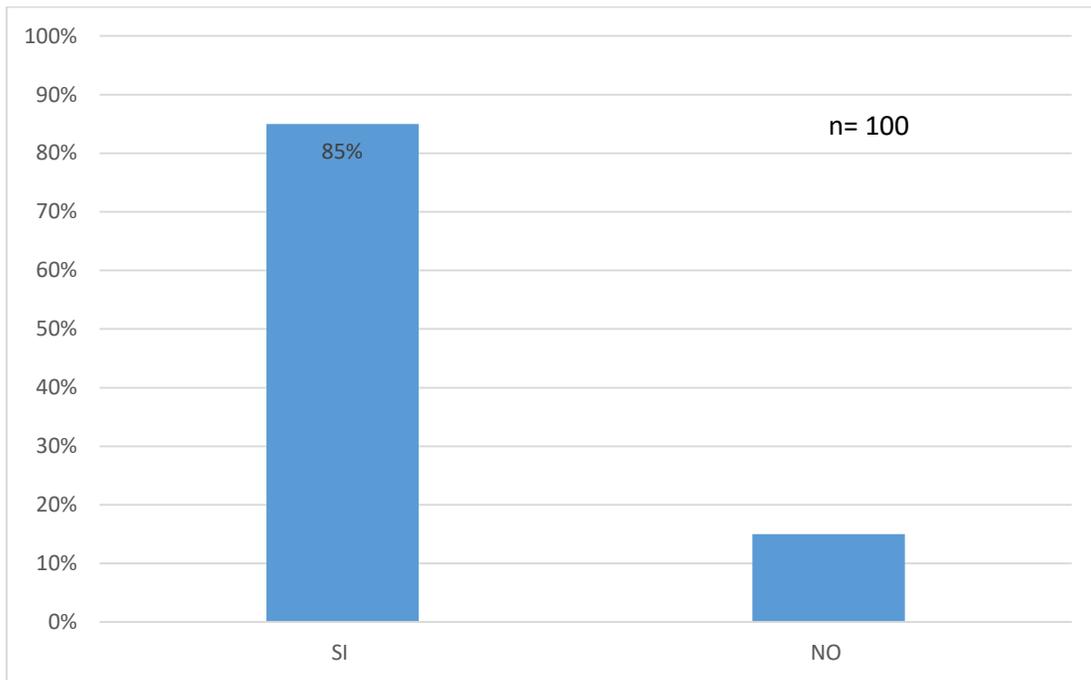
De la gráfica “4” se puede observar una importante tendencia ya que del 100% de las pacientes únicamente el 17% de las mujeres si tenían planes de tener un bebé, que según el intervalo de confianza del 95% la población planificando el embarazo puede ser tan baja como el 10% o tan alta como el 25% de la población total. Y únicamente el 6% de las mujeres estaban utilizando algún método de planificación, con intervalo del 95% puede ser tan bajo como el 2% o tan alta como el 12%.

## **Tipo de métodos de planificación familiar de puérperas en puestos de salud de San Juan Ostuncalco**

Respecto al tipo de método de planificación familiar, no se presenta gráfica ya que el total de mujeres utilizándolos es de 6 distribuidas de la siguiente manera:

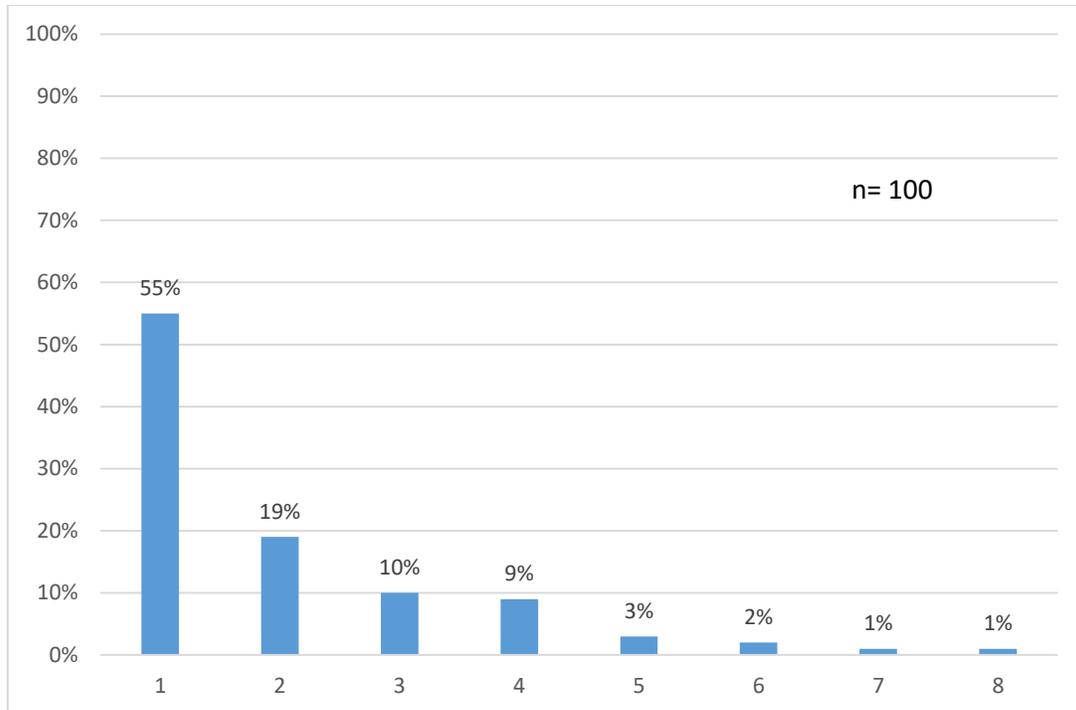
- Método natural: 1
- Inyección mensual: 2
- Inyección bimestral: 1
- Inyección trimestral: 1
- Jadelle: 1

**Gráfica 5: Apoyo psicológico y/o emocional por parte de la familia o pareja de puérperas en puestos de salud de San Juan Ostuncalco, de enero a junio 2018.**



De la gráfica "5" se puede observar que el 85% de las pacientes cuentan con apoyo psicológico y monetario por parte de sus familiares, mientras que el 15% no cuentan con el mismo.

**Gráfica 6: Cantidad de hijos de puérperas en puestos de salud de San Juan Ostuncalco, de enero a junio 2018.**

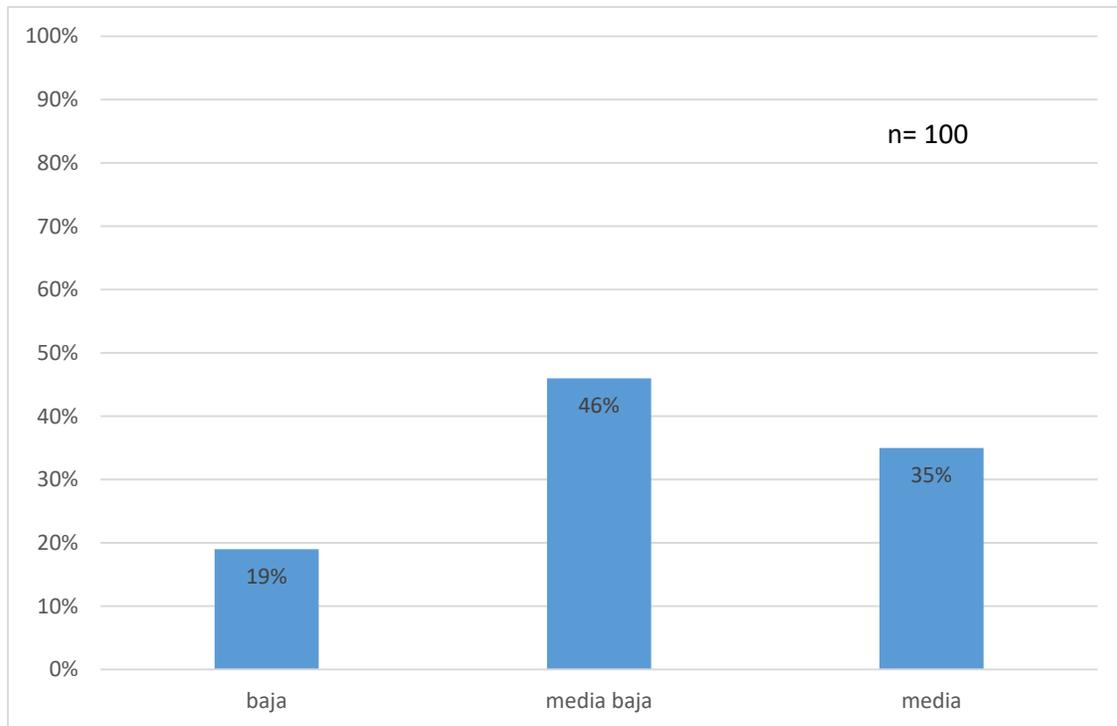


De la gráfica “6” se logra observar que el 55% de las mujeres son primigestas, es decir, primera vez siendo madres, con el intervalo de confianza del 95% se puede decir que puede ser tan baja como el 45% o tan alta como el 64% de la población total. Mientras que el 45% restante son mujeres que han tenido más de un hijo, siendo esto el 19% para segundo hijo, 10% para un tercero, 9% cuatro, 3% cinco hijos, 2% seis hijos y 1% para mujeres con séptimo y octavo hijo.

**Antecedentes de depresión en puérperas de puestos de salud de San Juan Ostuncalco, enero a junio 2018.**

En cuanto a los antecedentes de depresión, del 100% de las pacientes, un 3% de las mujeres tenían antecedentes de depresión, con uso de medicación, por lo que se puede definir que estas pacientes cuentan con riesgo de predisposición a padecer de depresión postparto, el restante 97% no, sin embargo, esto no significa que estas pacientes no tengan riesgo de presentar dicha patología.

**Gráfica 7: Nivel socioeconómico de puérperas en puestos de salud de San Juan Ostuncalco, de enero a junio 2018.**



De la gráfica “11” se puede observar que en su mayoría de las pacientes un 46% representan a la población que refieren tener un estatus socioeconómico medio bajo. El cual se pudo obtener mediante pacientes que tenían piso de cemento, paredes y techo de block, y contaban con servicios básicos. En cuanto al intervalo de confianza del 95% se puede decir que puede ser tan bajo como el 36% o tan alta

como el 55% de la población. El otro 35% es para las pacientes quienes refirieron posicionarse en un estatus socioeconómico medio, el cual pacientes tenían piso de cerámico o granito, techo de terraza y servicios básicos. Por el 19% restante para el nivel bajo, el cual eran pacientes con piso de tierra, techo y paredes de lámina y carecían de servicios básicos.

## 7 Discusión de resultados

El estudio se realizó durante los meses de enero a junio del año 2018, el cual se enfocó en 100 pacientes de sexo femenina, las cuales eran puérperas; se obtiene que la muestra es principalmente de mujeres jóvenes, ya que constituyen el 54% de un total de 100 mujeres evaluadas, por lo que se puede decir que, según el intervalo de confianza, la población en estos rangos de edad puede ser tan baja como 44% o tan alta como 63%. El resto de las pacientes comprendía un 38% en las de edad de 14 a 18 años y un 4% de las de 36 a 45 años. Se puede decir, que en cuanto a las pacientes adolescentes (14-18 años) con el intervalo de confianza del 95% puede ser tan baja como un 29% o tan alta como un 47% de la población.

En cuanto a la información personal de las pacientes, se observó que la muestra ha obtenido en su mayoría la educación inicial con un total del 46%, por lo que se puede decir que la población con una educación inicial puede ser tan baja como 36% o tan alta como 55% de la población, seguida de la media con un total del 30%, que con el intervalo de confianza del 95% es del 21% al 39%, el resto de pacientes han llegado hasta la educación primaria con un 23% que esto con un intervalo de confianza correspondería a un total del 15% al 32% de la población y en su minoría con el 2%, la educación superior

En cuanto al estado civil de las pacientes, la mayoría son mujeres con pareja (unidas y casadas), 77%, con un intervalo de confianza del 95% se puede decir que las puérperas con pareja pueden ser tan baja como el 67% o tan alta como el 84% de la población. En general, estas son las pacientes en quienes se puede observar estabilidad de pareja. Por otro lado, el 23% restante son pacientes sin estabilidad de pareja de las cuales el 13% son solteras, el 9% separadas y el 1% viudas; el intervalo de confianza del 95% puede ser tan baja como del 15% o tan alta como el 32%.

Cabe mencionar, que la planificación del embarazo, fue del 17% de las mujeres, que según el intervalo de confianza del 95% la población planificando el embarazo

puede ser tan baja como el 10% o tan alta como el 25% de la población total. Y únicamente el 6% de las mujeres estaban utilizando algún método de planificación, con intervalo del 95% puede ser tan bajo como el 2% o tan alta como el 12%.

En cuanto al apoyo emocional o financiero por parte de los familiares, el dato de más relevancia es cuando no hay apoyo hacia la paciente puérpera, siendo esto del 15% sobre la muestra, con un intervalo de confianza del 95% se puede decir que de la población existe un aproximado del 9% al 23% de mujeres sin apoyo durante el puerperio.

Se realizó análisis de la cantidad de hijos que las mujeres tenían, de las cuales el 55% era primera gesta, con un intervalo de confianza del 95% se puede expresar que de la población el 45% al 64% son mujeres primerizas y el 45% ya era multípara, en donde se observó que el 19% de las mujeres, ya era el segundo hijo, el 10% para un tercero, el 9% para un cuarto y el resto para más de 5 hijos. Por lo tanto, del 35% al 54% de la población, son mujeres que ya han tenido hijos con anterioridad.

En base a los resultados obtenidos sobre el nivel socioeconómico de las pacientes evaluadas, indican que la mayoría de ellas, siendo el 46% eran de nivel medio bajo. El 33% de las mujeres correspondían a un nivel medio y el 19% a un nivel bajo.

En base a una investigación realizada en Chile, se calcula que la depresión postparto afecta a 19,2% de las puérperas durante los primeros tres meses postparto.

Al observar los resultados de la investigación anterior, se observó que en San Juan Ostuncalco, el porcentaje de mujeres con depresión postparto era mayor al que presenta Chile, en donde la diferencia fue del 14.8 %.

En base a investigaciones realizadas en Guatemala, en el Hospital Roosevelt, en el año 2015 se evidenció una incidencia del 0.78% con edades comprendidas entre 20.95 y 25.7 años, con una mediana de 20 y 27, encontrándose un 16.97% de las pacientes con depresión postparto entre los 15 a 20 años de edad. También se realizó un estudio en el hospital de maternidad de la zona 13, con un total de 203

pacientes en el cual se obtuvo un total de 21.7% de mujeres con depresión postparto, en quienes evidenció que el tipo de parto y el tipo de atención son cruciales para la presencia de dicho trastorno.

Para evaluar la prevalencia de depresión postparto en las mujeres que asisten a los puestos de salud de San Juan Ostuncalco, se utilizó la escala de depresión de Edimburgo; la cual dio como resultado el 34% de la población, misma que es un resultado positivo si el índice es mayor a 10 puntos. Según el intervalo de confianza del 95% se interpreta que la población que asiste a los puestos de salud, puede ser tan baja como un 25% o tan alta como un 43%.

En cuanto a la relación de las variables, utilizando un intervalo de confianza del 95% y el valor de  $P > 0.05$  se obtuvo que no existe significancia entre las características epidemiológicas estudiadas y la depresión postparto. (Ver anexo 2).

Según mi opinión, en cuanto a la nula relación de las variables estudiadas, con la depresión postparto en las puérperas, es la cultura, es la manera en que es sobrellevado el embarazo en la población, por lo que se podría asumir, que en la población rural, hay menos prejuicios en cuanto al embarazo, el casamiento a temprana edad y la escolaridad de la madre, por lo que la depresión postparto puede ir más ligada al comportamiento fisiológico normal de la madre durante el puerperio.

## 8 Conclusiones

1. La prevalencia de depresión postparto en las pacientes fue del 34%, con un intervalo de confianza del 95% donde su límite inferior es de 25% y el superior de 43% en cuanto a la escala de depresión postparto de Edimburgo.
2. Las puérperas en San Juan Ostuncalco, Quetzaltenango, en su mayoría, son mujeres de 18 a 35 años, con educación inicial, con pareja, con apoyo familiar, primigestas, sin antecedentes de depresión y nivel socioeconómico medio bajo.

## 9 Recomendaciones

1. Se recomienda el uso de la escala de depresión postparto de Edimburgo en los puestos de salud a todas las mujeres puérperas que asistan a chequeo de recién nacido, esto con el fin de la identificación temprana de la enfermedad y así poder evitar futuras complicaciones.
2. A toda mujer con resultado positivo a depresión postparto debe ser referida a un psicólogo o psiquiatra, según criterios del médico que evalúe y realizarle seguimiento a la paciente.

## 10 Bibliografía

1. Sudupe J, Taboada O, Dono Castro C, Vázquez C. Depresión [monografía en línea]. España, 2006 [accesado el 10 de febrero de 2016]. Disponible en: <http://www.scamfyc.org/documentos/Depresion%20Fisterra.pdf>
2. Dois A, Uribe C, Villarroel L, Contreras A. Factores de riesgo asociados a síntomas depresivos post parto en mujeres de bajo riesgo obstétrico atendidas en el sistema público. Rev Med Chile [revista en línea] 2012 [accesado el 10 de febrero de 2016]. Disponible en: [http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0034-98872012000600004](http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-98872012000600004)
3. Evans M, Mcjohn vicuña M, Marin R. Depresión postparto realidad en el sistema público de atención de salud. Rev Chil Obstet Ginecol [revista en línea] 2003 [accesado el 10 de febrero de 2016]. Disponible en: [http://www.scielo.cl/scielo.php?pid=S0717-75262003000600006&script=sci\\_arttext&tIng=%C3%A9](http://www.scielo.cl/scielo.php?pid=S0717-75262003000600006&script=sci_arttext&tIng=%C3%A9)
4. Lopez E. Caracterización epidemiológica y aplicación del test de Edimburgo en pacientes post parto [tesis de maestría] Guatemala: Universidad de San Carlos de Guatemala, Facultad ciencias médicas, 2015.
5. Sanchez C. Riesgo de depresión post parto según escala de Edimburgo [tesis de maestría] Guatemala: Universidad de San Carlos de Guatemala, Facultad de ciencias médicas, 2014.
6. Ramos E, Rincón Cabada F, Garcia Cabrera K, Munguía Alamilla E, Torres Iglesias E, Montoya Rodriguez M. Prevalencia de los síntomas de depresión posparto en población urbana, rural e indígena. Rev Esp Med Quir [revista en línea] 2015 [Accesado el 20 de abril del 2016] Disponible en: <http://www.medigraphic.com/pdfs/quirurgicas/rmq-2015/rmq151d.pdf>
7. Peralta O. aspectos clínicos del puerperio. [Monografía en línea]. Chile: Instituto Chileno de Medicina Reproductiva; [accesado 5 de agosto de 2016]. Disponible en: [http://www.icmer.org/documentos/lactancia/puerperio\\_octavio.pdf](http://www.icmer.org/documentos/lactancia/puerperio_octavio.pdf)

8. Carrillo Dávila MG. Factores asociados a depresión posparto en mujeres que acuden al Hospital General de Ecatepec Dr. José María Rodríguez, 2012 [tesis de maestría]. México: Universidad autónoma del estado de México, Facultad de medicina, 2013.
9. Oveido Lugo GF, Mondragón VJ. Trastornos afectivos posparto. [monografía en línea]. Bogotá: Hospital Universitario San Ignacio; 2006 [accesado 5 de agosto de 2016]. Disponible en:  
<http://med.javeriana.edu.co/publi/vniversitas/serial/v47n2/3%20Transtorno%20posparto.pdf>
10. Garcia Carro T, Sierra Manzano M, Hernandez Gómez J, Ladrón Moreno E. Trastornos del estado de ánimo en el postparto [Artículo en línea]. 2000 Mayo. [accesado 5 agosto septiembre 2016] Disponible en:  
<http://www.mgyf.org/medicinageneral/mayo-2000/452-456.pdf>
11. Sudupe J, Taboada O, Dono Castro C, Vázquez C. Depresión [monografía en línea]. España, 2006 [accesado el 10 de febrero de 2016]. Disponible en:  
<http://www.scamfyc.org/documentos/Depresion%20Fisterra.pdf>
12. Oveido Lugo GF, Mondragón VJ. Trastornos afectivos posparto. [monografía en línea]. Bogotá: Hospital Universitario San Ignacio; 2006 [accesado 5 de agosto de 2016]. Disponible en:  
<http://med.javeriana.edu.co/publi/vniversitas/serial/v47n2/3%20Transtorno%20posparto.pdf>
13. Agustin López EM. Caracterización epidemiológica y aplicación del test de Edinburgh en pacientes post parto [tesis de maestría]. Guatemala: Universidad de San Carlos de Guatemala, Facultad de ciencias médicas, 2015.
14. American Psychiatric Association. DSM-4 manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales. 4 Ed. Cap 21.
15. Alvarado R, Guajardo V, Rojas G, Jadresic E. Validación de la escala de Edimburgo para embarazadas [monografía en línea]. Chile, 2012 [accesado el 10 de agosto del 2016]. Disponible en:

<http://web.minsal.cl/sites/default/files/files/InformeFinalproyectovalidacionEPDSembarazadasV2.pdf>

16. Cox JL, Holden JM, Sagovsky R. Escala de Depresión post-parto de Edinburgo. [monografía en línea]. Inglaterra, 1987 [accesado 5 de agosto de 2016]. Disponible en:  
[http://www.state.nj.us/health/fhs/postpartumdepression/pdf/PPD-Edinburgh-Scale\\_sp.pdf](http://www.state.nj.us/health/fhs/postpartumdepression/pdf/PPD-Edinburgh-Scale_sp.pdf)
17. Fuentes Zarate AM, Méndez Palma KM, Valenzuela Valdez JD, Valdez Morales IE. Depresión postparto y factores de riesgo asociados [tesis de maestría]. Guatemala: Universidad de San Carlos de Guatemala, Facultad de ciencias médicas, 2011.
18. De Leon López AR. Consecuencias de la depresión postparto en pacientes en edades comprendidas de 14 a 45 años [tesis de maestría]. Guatemala: Universidad de San Carlos de Guatemala, Facultad de Humanidades, 2014.
19. Cohen LS. La paciente con un trastorno afectivo puerperal. En: Stern A, Herman JB, Stavin PE. editores. Psiquiatría en la consulta de atención primaria: Guía práctica. 2 ed. Massachusetts: McGraw-Hill Interamericana. [200?] p. 443-450
20. Peña DM, Calvo JM. Aspectos clínicos de la depresión postparto. [monografía en línea] Colombia: Obstetricia Integral Siglo XXI; [accesado 20 agosto 2016]. Disponible en:  
<http://www.bdigital.unal.edu.co/2795/24/9789584476180.21.pdf>
21. Gómez Ayala AE. Depresión en el embarazo y el postparto. [Artículo en línea]. 2007 Enero. Vol. 26 [accesado 5 septiembre 2016] Disponible en:  
<http://www.elsevier.es/es-revista-offarm-4-articulo-depresion-el-embarazo-el-posparto-13097330>
22. Dois Castellón A. Actualizaciones en depresión postparto. Revista Cubana Obstétrica Ginecológica. [artículo en línea]. 2012 Diciembre [Accesado el 19 de octubre 2016] vol. 38 no. 4: [11 páginas]. Disponible en:  
<http://scielo.sld.cu/pdf/gin/v38n4/gin16412.pdf>

23. Eutimia.com, Carbonato de litio [accesado el 15 de octubre del 2016].  
Disponible en:  
[http://www.eutimia.com/psicofarmacos/anticiclicos/litio.htm#.WCs\\_OvnhBpg](http://www.eutimia.com/psicofarmacos/anticiclicos/litio.htm#.WCs_OvnhBpg)
24. Durkheim E. El Suicidio [monografía en línea] [accesado el 15 de octubre del 2016] Disponible en:  
[http://biblio3.url.edu.gt/Libros/2012/LYM/los\\_FESociales.pdf](http://biblio3.url.edu.gt/Libros/2012/LYM/los_FESociales.pdf)
25. Guadarrama L, Escobar A, Zhang L. Bases neuroquímica y neuroanatómicas de la depresión. [monografía en línea] [Accesado el 15 de octubre del 2016]  
Disponible en: <http://www.ejournal.unam.mx/rfm/no49-2/RFM49208.pdf>
26. López Cifuentes PE. Riesgo de presentar depresión postparto en pacientes durante su puerperio inmediato en la maternidad periférica zona 13, Guatemala, diciembre 2013 [tesis de grado]. Guatemala: Universidad Rafael Landívar, Facultad de ciencias médicas, 2014.

## 11 Anexos

Anexo No. 1



Universidad  
Rafael Landívar

Tradición Jesuita en Guatemala

### Evaluación general del paciente

Encuesta creada para la recolección de características sociales asociadas a depresión posparto en pacientes que asisten a puestos de salud de San Juan Ostuncalco.

1. ¿Sabe leer?

- a. Si
- b. No

b. No

En caso que su respuesta sea Si, continúe por la pregunta 9. En caso que su respuesta sea No, continúe a la pregunta 8.

2. ¿Sabe escribir?

- a. Si
- b. No

8. ¿Qué método estaba usando?

3. ¿Hasta qué año estudió?

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

4. ¿Cuántos años tiene?

\_\_\_\_\_

9. ¿Tiene apoyo económico de su familia o pareja?

- a. Si
- b. No

5. ¿Cuál es su situación sentimental?

- a. Soltera
- b. Casada
- c. Unida
- d. Separada
- e. Viuda

10. ¿Cuántos hijos ha tenido?

\_\_\_\_\_

6. ¿Usted planificó su embarazo?

- a. Si
- b. No

11. ¿Tiene antecedente de depresión?

- a. Si
- b. No

7. ¿Estaba usando algo para no quedar embarazada?

- a. Si



## Escala de depresi3n postparto de Edimburgo

Como usted acaba de tener un beb3, nos gustar3a saber c3mo se ha sentido en los 7 d3as. **SUBRAYE** o **CIRCULE** la respuesta que m3s se parezca a como se ha sentido.

1. **He podido re3r y ver el lado bueno de las cosas**
  - a. Tanto como siempre
  - b. No tanto como siempre
  - c. Mucho menos
  - d. No, no he podido
2. **He mirado el futuro con placer**
  - a. Tanto como siempre
  - b. Algo menos de lo que lo hac3a antes
  - c. Menos que antes
  - d. No, nada
3. **Me he culpado sin necesidad cuando las cosas sal3an mal**
  - a. S3, la mayor3a de las veces
  - b. S3, algunas veces
  - c. No mucho
  - d. No, nunca
4. **He estado ansiosa y preocupada sin raz3n**
  - a. No, para nada
  - b. Casi nada
  - c. Si, a veces
  - d. S3, mucho
5. **He sentido miedo y p3nico sin raz3n**
  - a. S3, bastante
  - b. Si, a veces
  - c. No, no mucho
  - d. No, nada
6. **Las cosas me desesperan**
  - a. Si casi siempre
  - b. Si, a veces
  - c. No, casi nunca
  - d. No, nada
7. **Me he sentido tan infeliz, que he tenido dificultad para dormir**
  - a. S3, la mayor3a de las veces
  - b. Si, a veces
  - c. No muy a menudo
  - d. No, nada
8. **Me he sentido triste y desdichada**
  - a. S3, casi siempre
  - b. S3, bastante a menudo
  - c. No muy a menudo
  - d. No, nada
9. **He sido tan infeliz que he estado llorando**
  - a. S3, casi siempre
  - b. S3, bastante
  - c. Casi nunca
  - d. No, nunca
10. **He pensado en lastimarme**
  - a. S3, bastante
  - b. A veces
  - c. Casi nunca
  - d. No, nunca.



### Evaluación socioeconómica

Encuesta creada para la recolección de características del hogar

<b>Variable</b>	<b>Tierra</b>	<b>Cemento</b>	<b>Granito</b>	<b>Cerámico</b>
Piso	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<b>Variable</b>	<b>Lamina</b>	<b>Terraza</b>	<b>Manaca</b>	
Techo	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
<b>Variable</b>	<b>Block</b>	<b>Lamina</b>	<b>Adoble</b>	<b>Madera</b>
Paredes	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<b>Variable</b>	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>&gt;3</b>
Cuartos para dormir	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<b>Variable</b>	<b>Sanitario</b>	<b>Letrina</b>	<b>Pozo ciego</b>	<b>No posee</b>
Baño	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<b>Variable</b>	<b>Siempre</b>	<b>intercalado</b>	<b>1 vez por semana</b>	<b>No posee</b>
Agua	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<b>variable</b>	<b>Si</b>	<b>No</b>		
Iluminación adecuada	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>		
<b>Variable</b>	<b>1-3</b>	<b>3-5</b>	<b>5-8</b>	<b>&gt;8</b>
Habitantes	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

## Anexo 2

Observado	Depresión postparto		
	si	no	
Escolaridad inicial	13	33	46
primaria	6	17	23
media	14	15	29
superior	1	1	2
total	34	66	100

Observado	Depresión postparto		
	si	No	
Edad 14-17 años	8	20	28
18-35 años	25	43	68
36-46 años	1	3	4
total	34	66	100

Observado	Depresión postparto		
	si	no	
Planificación Si	3	14	17
no	31	52	83
total	34	66	100

Observado	Depresión postparto		
	si	no	
Métodos Si	0	6	6
no	34	60	94
total	34	66	100

Observado	Depresión postparto		
	si	no	
Apoyo			
Si	26	59	85
no	8	7	15
total	34	66	100

Observado	Depresión postparto		
	si	no	
Antecedente			
Si	2	1	3
no	32	65	97
total	34	66	100

Observado	Depresión postparto		
	si	no	
Gestas			
Primigesta	19	30	49
multípara	15	36	51
total	34	66	100

Observado	Depresión postparto		
	si	no	
Situación sentimental			
con pareja	23	54	77
sin pareja	11	12	23
total	34	66	100

Observado	Depresión postparto		
	si	no	
Nivel s.e			
baja	7	12	19
media baja	15	31	46
media	12	23	35
total	34	66	100