



UNIVERSIDAD ANDINA SIMÓN BOLÍVAR
SEDE CENTRAL
Sucre – Bolivia

PROGRAMA DE MAESTRÍA EN
“PSICOLOGÍA CLÍNICA - III Versión”

DEPRESIÓN POSTPARTO Y APOYO SOCIAL PERCIBIDO EN
PRIMIGESTAS Y MULTIPARAS DEL HOSPITAL DE LA MUJER “PERCY
BOLAND” DE LA CIUDAD DE SANTA CRUZ

Tesis que se presenta para obtener el
Grado Académico de Magister en
“Psicología Clínica”

MAESTRANTE: JANETH ELSA PEREIRA ZARATE

Sucre - Bolivia
2017



UNIVERSIDAD ANDINA SIMÓN BOLÍVAR
SEDE CENTRAL
Sucre – Bolivia

PROGRAMA DE MAESTRÍA EN
“PSICOLOGÍA CLÍNICA - III Versión”

DEPRESIÓN POSTPARTO Y APOYO SOCIAL PERCIBIDO EN
PRIMIGESTAS Y MULTIPARAS DEL HOSPITAL DE LA MUJER “PERCY
BOLAND” DE LA CIUDAD DE SANTA CRUZ

Tesis que se presenta para obtener el
Grado Académico de Magister en
“Psicología Clínica”

MAESTRANTE: JANETH ELSA PEREIRA ZARATE

TUTOR: Phd. ROBERTO FLORES TORREJON

Sucre - Bolivia
2017

DEDICATORIA Y AGRADECIMIENTOS

A Dios por esta gran oportunidad de formarme Profesionalmente

A mi Esposo e Hijos por todo el Amor y apoyo brindado en este tiempo

A mis padres por ser ejemplo de dedicación y perseverancia

A todas las mujeres del Hospital Materno "Percy Boland" por su paciencia y colaboración

A mí tutor y docentes de la Maestría por su dedicación en inculcarnos sus conocimientos

RESUMEN

El presente estudio pretende establecer qué relación existe entre la Depresión Post-parto y el Apoyo Social Percibido en mujeres primigestas y multíparas del hospital de la mujer “Percy Boland” de la ciudad de Santa Cruz. Se trata de un estudio cuantitativo de tipo correlacional, descriptivo y exploratorio. Se consideró una población total de 90 mujeres a las que se les aplicó los instrumentos en las tres semanas posteriores al parto. Los instrumentos utilizados fueron: a) La escala de cribado de la depresión post-parto (Postpartum Depression Screening Scale PDSS) que mide una puntuación global de sintomatología depresiva y 7 dimensiones específicas: Trastornos del sueño y alimentación, Ansiedad / inseguridad, Labilidad emocional, Deterioro cognitivo, Pérdida de autoestima, Culpa / vergüenza y Contemplación de dañarse a uno mismo. b) La escala multidimensional de apoyo social percibido (Zimet, Dahlem y Farley, 1988) mide el apoyo social de tres grupos primordiales: Familia, Amigos y Otros significativos.

Los resultados de la presente investigación indican que el nivel de depresión post-parto en estas mujeres es Alto. Las dimensiones que más les afectan son las referidas a Ansiedad / Inseguridad, Labilidad Emocional y Culpabilidad vergüenza. El grupo del cual reciben más Apoyo Social es el referido a los Amigos. Existen diferencias significativas en cuanto al número de hijos y la Depresión postparto, siendo las mujeres con tres hijos más tendientes a padecer Trastornos de alimentación y sueño a diferencia de las que tienen uno o dos hijos. Existen diferencias significativas en cuanto a la edad de las madres y el Apoyo Social Percibido siendo las madres de mayor edad las que reciben mayor apoyo de la red de Amigos a diferencia de las madres Jóvenes. Finalmente el estudio reveló que existe una asociación Alta y negativa entre el Apoyo Social Percibido y la Depresión Postparto por lo que si se incrementan las redes de apoyo los síntomas depresivos tienden a bajar.

Palabras Clave: Puerperio, Depresión Postparto, Apoyo Social Percibido.

SUMMARY

The present study aims to establish the relationship between Post-partum Depression and Perceived Social Support in primiparous and multiparous women of the "Percy Boland" woman's hospital in the city of Santa Cruz. It is a quantitative study of correlational, descriptive and exploratory type. A total population of 90 women was considered to whom the instruments were applied in the three weeks after delivery. The instruments used were: a) The Postpartum Depression Screening Scale (PDSS), which measures an overall score of depressive symptomatology and 7 specific dimensions: Sleep and eating disorders, Anxiety / insecurity, Emotional lability, Cognitive impairment, loss of self-esteem, guilt / shame and contemplation of harming oneself. b) The multidimensional scale of perceived social support (Zimet, Dahlem and Farley, 1988) measures the social support of three primordial groups: Family, Friends and Significant Others.

The results of the present investigation indicate that the level of postpartum depression in these women is high. The dimensions that most affect them are those referred to Anxiety / Insecurity, Emotional Lability and Shame Guilty. The group from which they receive more Social Support is the one referred to the Friends. There are significant differences in the number of children and postpartum depression, with women with three children more likely to suffer from eating and sleeping disorders, unlike those with one or two children. There are significant differences in terms of the age of the mothers and the Perceived Social Support, with the older mothers receiving the most support from the Friends network, in contrast to the Young mothers. Finally, the study revealed that there is a High and negative association between Perceived Social Support and Postpartum Depression, so if support networks increase, depressive symptoms tend to decrease.

Keywords: Puerperium, Postpartum Depression, Perceived Social Support.

INDICE DE CONTENIDO

INTRODUCCIÓN	1
1. DEPRESIÓN POST-PARTO	3
1.1. Factores Biológicos.....	5
1.2. Factores Psicológicos.....	6
1.3. Clasificación.....	7
1.3.1. Melancolía Postparto o Baby Blues.....	8
1.4. Riesgos de no tratar la Depresión Postparto.....	9
2. APOYO SOCIAL PERCIBIDO	10
3. JUSTIFICACIÓN DEL ESTUDIO	11
4. OBJETIVOS	13
4.1. Objetivo General.....	13
4.2. Objetivos Específicos.....	13
5. MÉTODO	14
5.1. Características de la investigación.....	14
5.2. Participantes.....	14
5.3. 5.3. Instrumentos.....	15
a) Escala de Cribado de la Depresión Post-Parto.....	15
b) Escala Multidimensional de Apoyo Social Percibido.....	16
5.4. Procedimiento.....	17

5.5. Análisis de los datos.....	18
RESULTADOS.....	19
DISCUSION.....	28
CONCLUSIONES.....	30
BIBLIOGRAFIA.....	32
ANEXOS.....	35

INDICE DE TABLAS

Tabla 1. Características Sociodemográficas.....	14
Tabla 2. Nivel de Depresión Postparto.....	19
Tabla 3. Estadísticos descriptivos de la Depresión Postparto.....	19
Tabla 4. Estadísticos descriptivos del Apoyo Social Percibido.....	20
Tabla 5. Descriptivos Depresión Postparto y Edad de las madres....	21
Tabla 6. Prueba ANOVA Depresión Postparto y Edad de las madres....	21
Tabla 7. Descriptivos de Depresión Postparto y Número de Hijos.....	22
Tabla 8. Prueba ANOVA entre Depresión Postparto y Número de Hijos...	22
Tabla 9. Pruebas Post-Hoc Depresión Postparto y Número de Hijos...	23
Tabla 10. Descriptivos Apoyo Social Percibido y Edad de las madres....	24
Tabla 11. Prueba ANOVA Apoyo Social y Edad de las madres.....	24
Tabla 12. Pruebas Post-Hoc Apoyo Social y Edad de las madres.....	24
Tabla 13. Descriptivos Apoyo Social Percibido y Número de Hijos.....	25
Tabla 14. Prueba ANOVA Apoyo Social Percibido y Número de Hijos...	25
Tabla 15. Correlación entre Apoyo Social y Depresión Postparto.....	26

INTRODUCCIÓN

En la actualidad, los trastornos depresivos representan un problema importante de salud pública, estos se observan con mayor frecuencia en la población femenina que en la masculina y parece ser sustancialmente mayor durante el embarazo y el puerperio que durante otras épocas del ciclo vital (García, 2011).

La depresión en las mujeres puede ser considerada como una respuesta psicológica y física compleja a las demandas de su vida diaria; los cambios en el contexto sociocultural asociados a las migraciones, el urbanismo, la violencia, la pobreza y el abandono del cónyuge, ponen a las mujeres en riesgo y vulnerabilidad de padecer alguna enfermedad mental; sin embargo, en muchas culturas se les da poca atención, los signos de depresión son vistos como normales, o como un tabú (Canaval et al., 2000).

El trastorno depresivo es una enfermedad que afecta al cerebro, el ánimo y la manera de pensar, que constituye la forma más común de sufrimiento mental, millones de personas en todo el mundo, sin importar sus razas, nacionalidades o culturas sufren esta enfermedad. Durante el embarazo y el puerperio suceden una serie de cambios bioquímicos, psicológicos y sociales que ocasionan una mayor vulnerabilidad para la aparición de trastornos en la esfera psíquica de la mujer (Mendoza y Saldivia, 2015).

La depresión posparto es entendida como la presencia de todo trastorno depresivo, sin síntomas psicóticos, que se manifiesta durante el primer año postparto. El cuadro clínico de la depresión postparto es similar al de los episodios depresivos observados en otras etapas de la vida, sin embargo, la depresión postparto posee características peculiares que justifican su consideración como entidad específica. En los primeros días del postparto, hasta el 80% de las mujeres llegan a presentar síntomas depresivos como labilidad afectiva, el llanto frecuente y ansiedad, estos síntomas transitorios son generalmente leves y se resuelven en unos pocos días y son conocidos como Baby Blues (Adam et al., 2014).

La presente tesis tiene como finalidad examinar la relación que existe entre la Depresión Post-parto y el Apoyo social percibido en mujeres primigestas y multíparas del Hospital de la Mujer “Percy Boland” de la ciudad de Santa CruzBolivia. El propósito de la investigación es profundizar en el conocimiento de la incidencia de la depresión postparto en mujeres jóvenes-adultas, así como el apoyo que reciben de sus redes sociales para obtener elementos que orienten la atención prioritaria en salud para el bienestar de estas mujeres y sus familias.

1. DEPRESIÓN POST-PARTO

Según Cox et al. (1993) entre los trastornos depresivos se encuentra la depresión postparto, un trastorno que a menudo presenta síntomas discapacitantes de incomodidad, irritabilidad, confusión y olvido, anhedonia, fatiga, insomnio, ansiedad, culpa, incapacidad para hacer frente a las distintas situaciones y consideración del suicidio. Frecuentemente, se produce una exacerbación de estos síntomas por medio de una baja autoestima, una falta de confianza y expectativas irreales sobre la maternidad.

El desarrollo de la depresión postparto es mayor durante los tres primeros meses posteriores al parto, con una duración que depende con frecuencia de la gravedad. La depresión postparto no tratada se asocia con efectos perjudiciales en el desarrollo infantil. El desarrollo cognitivo, emocional, social y conductual del niño puede verse afectado, tanto a corto como a largo plazo. Las madres deprimidas dan más respuestas negativas y menos respuestas positivas en las interacciones con sus hijos. Se ha demostrado que las madres que padecen depresión postparto representan una influencia negativa durante el primer año de vida en los bebés en cuanto al conocimiento de idiomas, el desarrollo social y emocional y los cocientes de inteligencia (Oviedo y Jordán, 2006).

La depresión postparto pasó a ser una de las preocupaciones importantes para los profesionales de la salud ya que no solo puede afectar el bienestar de la salud de las mujeres, sino también ponen en riesgo la estabilidad de la familia. Además puede afectar el funcionamiento de la mujer en su hogar en el ausentismo o bajo rendimiento laboral.

En algunos casos, los trastornos del estado de ánimo en el postparto, debido a la falta de información, no son considerados como una enfermedad. Por el contrario, suelen atribuirse a una dificultad en la capacidad de la madre, o la falta de fortaleza y determinación para superar un periodo difícil de la maternidad (Alvarado *et al.*, 2000).

Carro et al. (2000) indica que durante el embarazo y el puerperio se presentan cambios bioquímicos, hormonales, psicológicos y sociales que ocasionan una mayor vulnerabilidad en la mujer para la aparición de trastornos psíquicos.

Según Oviedo y Jordán (2006) cerca del 80% de las mujeres sufren algún tipo de alteración durante estas etapas, las cuales pueden ir desde molestias leves y transitorias como la tristeza y el llanto, incluyendo síntomas como la angustia y la dificultad de vincularse con su hijo, hasta situaciones graves como inclinaciones suicidas.

Borbalan (2013) define a la depresión postparto fisiológicamente, como el periodo comprendido entre el final alumbramiento hasta la total recuperación del organismo, femenino con aproximadamente seis semanas de duración y comprende las transformaciones progresivas de orden anatómico y funcional que hacen regresar paulatinamente todas las modificaciones gravídicas, mediante un proceso involutivo que tiene como fin restituir los cambios al estado pre-gravídico; este comprende tres etapas puerperio inmediato, mediano y tardío que se caracterizan por la alta prevalencia de complicaciones en la salud de madre como del hijo.

Borbalan (2013) afirma también que las mujeres que sufren de depresión postparto pueden hacer afirmaciones como:

- Me siento agobiada.
- No puedo dejar de sentirme deprimida, sin importar lo que haga.
- Llora por lo menos una vez al día y algunas veces no puedo dejar de hacerlo.
- Me siento triste la mayor parte del tiempo.
- No puedo concentrarme.
- No disfruto de las cosas que solían agradarme.
- Tengo pensamientos aterradores sobre el bebé u otros miembros de la familia.
- No puedo dormir ni siquiera cuando mi bebé duerme.
- Tengo todo el tiempo sentimientos de fracaso.

- No tengo energía; me siento cansada constantemente.
- No recuerdo la última vez que me reí.
- Últimamente, hasta las cosas más pequeñas me alteran los nervios, hasta me siento furiosa con mi bebé.
- A menudo me enfado con mi pareja.
- El futuro parece desesperante.

1.1. Factores Biológicos de la depresión Post-Parto

Un pequeño porcentaje de las mujeres que desarrollan depresión posparto sufre una disfunción temporal de la glándula tiroidea, asociada a los cambios del estado de ánimo. De esto se desprende que algunas mujeres pueden ser especialmente vulnerables a los cambios hormonales que sobrevienen después de dar a luz. Sin embargo, no hay ninguna prueba científica concluyente que avale esta hipótesis, aunque se sigue investigando al respecto.

Según Elizabeth (2008) se han establecido varias hipótesis acerca de la influencia de los factores biológicos en la etiopatogenia de la Depresión Post Parto, a pesar de las contradicciones entre diversos estudios y los problemas metodológicos de algunos de ellos:

Hormonas Reproductivas: El rápido descenso en los niveles de las hormonas gonadales luego del parto ha llevado a muchos autores a sugerir una posible relación de esta disminución con los cambios en el estado de ánimo de las mujeres durante el puerperio. En el embarazo los niveles de estrógenos son más bajos en mujeres con trastornos del sueño y más elevados en mujeres con mayor grado de irritabilidad con respecto a los niveles en gestantes normales. Por otra parte, se ha encontrado una mayor caída de progesterona luego del parto en mujeres que presenta depresión pos en comparación con puérperas normales.

Eje hipotálamo, hipófisis, adrenal: Varios estudios reportan una asociación entre los niveles de glucocorticoides y el estado del ánimo en el puerperio; por ejemplo, se ha encontrado correlación entre niveles elevados de cortisol en plasma, saliva y orina en mujeres que experimentan cambios de ánimos positivos en los primeros días postparto.

1.2. Factores Psicológicos de la Depresión Post-Parto

Para Cooper et al. (1998) la duración de un episodio depresivo postparto afecta de forma proporcional el vínculo materno-filial, generando un impacto negativo en el desarrollo emocional y cognitivo del bebé, potenciando los efectos de variables asociadas con de privación mental como el bajo nivel socioeconómico.

Los hijos de madres con depresión posparto pueden establecer relaciones de “apego ansioso” con una frecuencia significativamente mayor que los hijos de madres no deprimidas, y exhibir una mayor probabilidad de trastornos conductuales, accidentes, ingresos hospitalarios y maltrato infantil. Uno de los principales factores protectores para un adecuado desarrollo de los niños lo constituye la existencia de un buen vínculo madre e hijo.

Sin embargo, es precisamente en los inicios de esta relación, el período posparto, cuando se presentan con mayor frecuencia síntomas depresivos, que de acuerdo a su severidad comprometen en mayor o menor grado las capacidades maternas y amenazan el normal desarrollo de dicha relación.

La depresión postparto es una condición seria, frecuente, con repercusiones no sólo a corto plazo, la mayoría de las mujeres padece la enfermedad por más de 6 meses, y si no son tratadas, 25% puede persistir con síntomas aun al año de evolución. Además, tendrán un mayor riesgo de recurrencia de estos episodios en embarazos subsecuentes e incluso más severos.

La causa principal de esta situación se halla en la prioridad que se da al estado físico de la puérpera dejando en un plano secundario el aspecto psicológico, haciendo con ello que los cuidados que reciban no sean integrales. Por otro lado, la falta de información y preparación de los y las profesionales sanitarias hace que estas patologías sigan sin identificarse, y por consiguiente sin tratar, dando opción a que patologías de mayor gravedad lleguen a etapas avanzadas sin haber sido determinadas.

Según Medina-Serdán (2013) es bastante común que una madre tenga pensamientos aterradores bajo los efectos de un trastorno de ánimo posparto.

Puede llenarse de pensamientos sobre daños que amenazan a su bebé, tales como: “Qué pasaría si lo dejo caer por la ventana”, o bien, “podría meterlo al horno de microondas”. “Es posible que mi bebé tenga algo verdaderamente mal”. “Soy una madre terrible. Mi bebé debería tener una madre diferente”.

Esas conductas trastornan con frecuencia el funcionamiento de la familia. La mayoría de las mujeres se dan cuenta de que esos pensamientos y esas conductas se deben a su situación y no son verdaderos. Sin embargo, un número pequeño de mujeres pueden creer lo que piensan o que alguien ajeno a ellas les está diciendo que hagan ciertas cosas. Lo último es mucho más grave y requiere inmediatamente la atención de un proveedor de atención a la salud.

1.3. Clasificación de la Depresión Post- Parto

Según Martínez et al. (2001) este trastorno puede darse desde la forma más leve conocida como Baby blues, pasando por la depresión hasta llegar a la psicosis puerperal que es la más grave de todas:

- **Post-parto Blues o depresión leve.-** corresponde al 50% de los casos. Consiste en un transitorio (desde horas a 7-10 días) de una emotividad especial con episodios de llanto y labilidad emocional. No requiere tratamiento.
- **Depresión postparto:** se inicia en las primeras semanas tras el parto, durando entre 3 y 14 meses. Los factores asociados son herencia, historia previa de depresión, acontecimientos ambientales adversos, aislamiento social. Se suele presentar con la siguiente sintomatología: fatiga llanto, sentimientos de culpabilidad, tristeza, pérdida de la libido, alteración de la concentración del sueño y apetito, sobreprotección al niño.
- **Psicosis postparto:** se trata de una grave complicación que afecta a 1-2 de cada 1000 nacimientos con un buen pronóstico 80% de los casos. La mayoría son en realidad episodios depresivos o maniacos con sistemas psicóticos que a la larga acaban desarrollando un trastorno bipolar. Con

inicio entre los 2-14 días tras el parto, en el que aparece fatiga insomnio, confusiones y alucinaciones con una escasa conciencia por parte de la paciente.

Las mujeres que han padecido un trastorno psicótico previo tienen un riesgo del 35 % de desarrollarla. En los casos que la psicosis aparece por primera vez en el postparto el riesgo de recurrencia en un siguiente nacimiento es del 50 al 60%. Después de un PPP hay una posibilidad de recaída con episodios maníacos o depresivos. Las manifestaciones inician generalmente de forma brusca entre el tercer y noveno día postparto, aunque puede iniciarse incluso hasta el sexto mes. Los síntomas suelen comenzar como insomnio o incapacidad para descansar, junto con irritabilidad ansiedad e inestabilidad del estado de ánimo (Carro *et al.*, 2000).

1.3.1. Melancolía Post-Parto o “Baby Blues”

El término “Baby Blues” es una acepción cuyo significado se traduce como tristeza puerperal, proviene del Inglés “Blues” que significa “tristeza o melancolía” y se describe como una alteración del estado de ánimo en la mujer, tras los primeros días después del parto, debida principalmente a cambios hormonales, psicológicos y sociales. La sintomatología con la que se define el postparto blues es la labilidad afectiva, el llanto frecuente, la ansiedad, fatiga, insomnio, enfados, tristeza e irritabilidad. Los síntomas son de alivio espontáneos dentro de las dos a tres semanas siguientes al alumbramiento, y no requieren de atención médica y/o psicológica (Romero, A. Carrillo, A. 2013).

Estos autores sugieren también, que haya acompañamiento y apoyo familiar durante estos momentos, con el propósito de que la mujer pueda atravesar esta etapa con mayor facilidad. Así mismo, es preciso enfatizar que si los síntomas aumentan o no han desaparecido después de dos a tres semanas, se debe contactar a un profesional de la salud.

Las diferencias que se encuentran en la incidencia del Baby blues son consecuencia de la utilización de instrumentos diferentes para el diagnóstico al no existir un instrumento estandarizado en la actualidad. El diagnóstico de Baby Blues, es uno de los factores de riesgo más común que padecen las púerperas antes de desarrollar una depresión postparto, es una de las maneras de identificar de manera precoz a la depresión postparto.

1.4. Riesgos de no tratar la Depresión post-parto

Rojas y Dembowski (2014) mostraron, respecto a la relación madre- hijo, que existe una asociación estadísticamente significativa entre los síntomas depresivos y peor interacción de las madres adolescentes con sus hijos, por lo que concluyeron que los hijos de adolescentes deprimidas se mostraban de una menor talla, menor circunferencia craneana y mayor morbilidad entre los 3 y 6 meses de edad. Estos autores han encontrado también que existen efectos negativos a nivel del vínculo madre e hijo y el desarrollo infantil, tanto en términos emocionales, conductuales como cognitivos.

Además la depresión puerperal no solo puede afectar en el modo en el que la madre se relaciona con su hijo, sino también como la percibe. Se ha encontrado que las madres deprimidas perciben más negativamente a sus hijos y que los consideran más difíciles de criar que las madres no deprimidas.

2. APOYO SOCIAL PERCIBIDO

Definiéndolo conductualmente, el Apoyo Social se define como una transacción real entre dos o más personas en la que se da una implicación emocional, una ayuda instrumental, información o valoración. Los beneficios del apoyo social son derivados de la información que ofrece a los individuos respecto a que son amados, estimados y valorados como miembros de un grupo social, con el paso de los años se ofreció una interpretación más amplia e integradora y se definió como aquellas interacciones o relaciones sociales que ofrecen a los individuos asistencia real o un sentimiento de conexión a una persona o grupo que se percibe como querida o amada (Musito y García, 1995).

Según (Collins et al., 1993) el apoyo social y los niveles de satisfacción con el cambio de vida son predictores principales de la depresión en madres primíparas durante los primeros seis meses postparto. La literatura sobre apoyo social y depresión postparto muestra resultados diferentes con respecto al número de los confidentes sociales y su influencia en la depresión postparto, el tamaño de la red de apoyo social también se ha relacionado con la depresión postparto.

Calesso (2007) afirma que la sensación de falta de apoyo por parte de la familia o la pareja, la pérdida del trabajo y los estudios, los recursos económicos, la edad de la madre y el grado de aislamiento social son algunos de los numerosos factores de riesgo que influyen a la hora de desarrollar la depresión postparto. El apoyo social puede contribuir a lograr un sentido más generalizado de control y este sentido de control a su vez tendría efectos benéficos para la salud.

3. JUSTIFICACIÓN DEL ESTUDIO

Durante el puerperio 8 de cada 10 mujeres padecen alguna perturbación psicológica, ya que todas las mujeres experimentan cambios psicológicos, sociales y hormonales tanto en el embarazo como en el puerperio, siendo por tanto mucho más sensibles a desarrollar o padecer trastornos psíquicos; sin embargo la gran mayoría de estas alteraciones no son consideradas ni siquiera como una patología psicológica, llegando incluso a atribuirse a las mujeres que se encuentran padeciendo algún tipo de disfunción psicológica una incapacidad y/o incompetencia para adaptarse o superar las diferentes situaciones que genera la maternidad (Medina-Serdán, 2013).

La razón de esta creencia errónea, está motivada fundamentalmente por la falta de información existente sobre esta realidad tanto en el ámbito sanitario como en la población en general, lo cual está originando que las mujeres que están sufriendo alteraciones psicológicas en este momento tan especial de sus

vidas no puedan disponer de un diagnóstico correcto y por tanto, no puedan recibir el tratamiento adecuado para superar este trastorno (Adam et al., 2014).

La presencia de un trastorno depresivo mayor, durante el periodo del embarazo, incrementa en forma importante la morbilidad y mortalidad tanto para la madre como para el recién nacido, asociándose a conductas poco saludables como el omitir la atención prenatal o el uso de sustancias nocivas (tabaco, alcohol, sustancias ilegales) y constituyendo un factor de riesgo para intentos de suicidios y/o suicidios consumados (Mendoza y Saldivia, 2015).

García (2011), expresa que las redes de apoyo social para las madres después del postparto, se constituyen en un pilar fundamental de sostén afectivo y material para las mujeres y el recién nacido; sin embargo la mayoría de las mujeres que experimentan depresión después del parto no tienen ayuda profesional, aún más, casi el 50% no tiene ayuda desde los familiares ni de los amigos. Por otro lado, las mujeres que tienen contacto con profesionales de la salud en sus controles posteriores al parto, no están dispuestas a manifestar sus problemas emocionales, en especial la depresión.

El presente estudio resulta de especial relevancia porque permitirá tener evidencias útiles de diagnóstico que le hagan frente, no sólo a la prevención de los problemas que pudieran surgir, sino también a nivel de promoción de las estrategias más efectivas en el bienestar de las pacientes. Estos conocimientos serán de gran ayuda para proponer e implementar programas de prevención e intervención que coadyuven a la salud mental y física de las mujeres en esta etapa de puerperio.

4. OBJETIVOS

4.1. Objetivo General

Establecer la relación que existe entre la Depresión Post-parto y Apoyo Social percibido en mujeres primigestas y multíparas del Hospital Materno “Percy Boland” de la ciudad de Santa Cruz-Bolivia.

4.2. Objetivos específicos

1. Identificar los Niveles de Depresión Post-parto en esta población de mujeres.
2. Identificar el Apoyo social percibido en mujeres madres en etapa de puerperio.
3. Explorar la Depresión Post-Parto en función a la edad de la madre y el número de hijos.
4. Explorar el Apoyo social percibido en función a la edad de la madre y el número de hijos.
5. Analizar la relación entre el Apoyo Social Percibido y la Sintomatología de Depresión Post-parto.

MÉTODO

5.1. Características de la investigación

El enfoque de la presente Tesis es cuantitativo, la investigación es de tipo *exploratoria, descriptiva y correlacional* ya que se trata de una investigación poco conocida y/o desarrollada, donde se miden incidencias y valores en una recogida de datos realizada en situaciones naturales y mediante el uso de auto-informes o test estandarizados y se establecen relaciones entre las variables estudiadas.

La investigación es de carácter transversal ya que la recolección de datos se realizó en un tiempo único (Delgado y Prieto, 1997).

5.2. Participantes de la investigación

La población total del estudio fueron 90 mujeres Jóvenes y Adultas en la etapa de puerperio, comprendidas entre las edades de 15 a 40 años ($M = 24,74$; $D.E. = 7,465$) con un número de hijos entre 1 y 4; las mismas que fueron atendidas en el Hospital Materno “Percy Boland” de la ciudad de Santa CruzBolivia. Las características sociodemográficas de la población son las siguientes:

Tabla 1. Características Sociodemográficas

Variables	Frecuencia	Porcentaje	
Estado Civil	Solteras	45	50 %
	Casadas	33	36,7 %
	Convivientes	12	13,3 %
	Total	90	100 %
Número de Hijos	Un hijo	48	53,3 %
	Dos hijos	32	35,6 %
	Tres hijos	6	6,7 %
	Cuatro hijos	4	4,4 %
	Total	90	100 %
Grado de instrucción Alcanzada	Primaria	4	4,4 %
	Secundaria	23	25,6 %
	Universitaria	39	43,3 %
	Licenciatura	24	26,7 %
	Total	90	100 %
Nivel Socio-económico	Bajo	29	32,2 %
	Medio	38	42,2 %
	Alto	23	25,6 %
	Total	90	100 %

Criterios de inclusión:

- Mujeres en etapa de puerperio que recibieron atención durante las tres primeras semanas después de dar a luz en el Hospital Materno “Percy Boland”

Criterios de exclusión:

- Mujeres que no se encuentren en la etapa de puerperio y que no hayan recibido atención en el hospital mencionado.

•Mujeres que voluntariamente no desearon participar del estudio y/o que no cumplieron debidamente los instrumentos.

5.3. Instrumentos

Para esta investigación se usaron los siguientes instrumentos de medición:

a) LA ESCALA DE EXPLORACIÓN DE LA DEPRESIÓN POST-PARTO (Por sus siglas en inglés Postpartum Depression Screening Scale, PDSS)

La escala PDSS es una herramienta utilizada para la detección de la depresión postparto, creada por Beck y Gable en el año 2002. Es una escala formada por 35 ítems, donde se pueden diferenciar 7 dimensiones (5 ítems por cada dimensión) de la depresión postparto, centradas en el nuevo contexto en el que se encuentra la mujer, es decir, la maternidad. Estas dimensiones son:

- 1) Trastornos del sueño y alimentación. Ítems 1-5
- 2) Ansiedad / inseguridad. Ítems 6-10
- 3) Labilidad emocional. Ítems 11-15
- 4) Deterioro cognitivo. Ítems 16-20
- 5) Pérdida de autoestima. Ítems 21-25
- 6) Culpa / vergüenza. Ítems 26-30
- 7) Contemplación de dañarse a uno mismo. Ítems 31-35

Los ítems se califican de 1 a 5 puntos, donde 1 sería estar muy en desacuerdo y 5 muy de acuerdo. Los expertos recomiendan que la escala sea realizada entre la segunda y la sexta semana tras dar a luz.

La escala PDSS da a conocer una puntuación general sobre la DPP. El punto de corte se encuentra establecido en 60 puntos, en caso de obtener una puntuación entre 60-79 puntos significa que la mujer a la que se ha realizado la escala presenta síntomas significativos de padecer una depresión leve. Si la puntuación conseguida es superior a 80 puntos expresa que la persona presenta mayor depresión postparto.

Estudios previos como los de Quelopana y Champion (2010) demostraron la alta fiabilidad de la escala, obteniendo en sus hallazgos un coeficiente de 0,96 de Alpha de Cronbach.

La escala aplicada en la presente tesis reveló un coeficiente de 0,928 de Alpha de Cronbach por lo que la fiabilidad del instrumento es aceptable.

a) ESCALA MULTIDIMENSIONAL DE APOYO SOCIAL PERCIBIDO (Por sus siglas en Inglés Multidimensional Scale of Perceived Social Support, MSPSS; Zimet, Dahlem y Farley, 1988).

Para la presente investigación se usó la versión adaptada al castellano de Gutiérrez-Maldonado J. (2002). La escala MSPSS está compuesta por 12 ítems (4 ítems por cada dimensión), los cuales recogen información del apoyo social percibido por los individuos en tres dimensiones:

- a) Familia. Ítems 3, 4, 8, 11
- b) Amigos. Ítems 6, 7, 9, 12
- c) Otras personas significativos. Ítems 1, 2, 5, 10

Las opciones de respuesta corresponden a una escala que va desde: 1 = muy en desacuerdo a 7 = muy de acuerdo. La escala no presenta una puntuación general, por lo que la puntuación se debe calificar de acuerdo a cada dimensión. El estudio realizado por Santuber *et al.* (2013) en personas mayores de atención primaria de salud, demostró que la fiabilidad de la escala es aceptable obteniendo un coeficiente de 0,86 de Alpha de Cronbach.

La escala aplicada en la presente tesis reveló un coeficiente de 0,915 de Alpha de Cronbach por lo que la fiabilidad del instrumento es aceptable.

5.4. Procedimiento

Se realizó el contacto con el Director del Hospital Materno “Percy Boland” solicitándole el permiso correspondiente a su persona para llevar a cabo la investigación, explicándole los motivos y objetivos de la misma.

Obtenidas las licitaciones, se procedió a ingresar a la sala de maternidad donde llenaron un documento de consentimiento informado donde se aclaraban los motivos, el objetivo del estudio y la confidencialidad de sus datos.

Se explicó con la mayor claridad posible el llenado de los datos sociodemográficos así como el llenado de las escalas; se aplicaron los instrumentos de manera personalizada a cada una de las madres, tomando en cuenta su disponibilidad de tiempo y comodidad. El llenado de los instrumentos tardó aproximadamente 30 minutos por cada participante.

Los instrumentos se aplicaron durante las tres primeras semanas después del alumbramiento, cuando las mujeres realizaban sus respectivos controles de maternidad en el Hospital, en el periodo del mes de Junio de la gestión 2017.

5.5. Análisis de Datos

Para el procesamiento estadístico de los datos, se utilizó el paquete estadístico SPSS (Statistical Package for the Social Sciences) versión 22 con entorno para Windows.

Los estadísticos que fueron utilizados para el análisis son los siguientes:

Estadísticos Descriptivos (Frecuencias, medias y desviaciones típicas) para el análisis de las variables sociodemográficas.

Análisis de la fiabilidad del instrumento, usando el coeficiente de fiabilidad Alpha de Cronbach.

Correlaciones bivariadas para analizar la relación entre el Apoyo social percibido y la Sintomatología de la Depresión Post-parto usando el coeficiente de Correlación de Pearson (r_{xy}).

Prueba de Análisis de varianza de un factor (ANOVA DE UN FACTOR) para el análisis de las variables Depresión Post-parto y Apoyo social percibido en función de los años de la madre y el número de hijos.

RESULTADOS

Objetivo 1. Identificar los Niveles de Depresión Post-parto en esta población de mujeres.

Para identificar los Niveles de Depresión Post-parto se utilizaron los baremos de la escala original de Beck y Gable (2002) donde a partir de la puntuación total de la escala se establece un punto de corte de 60 puntos, puntuaciones inferiores indican ausencia de síntomas depresivos; puntuaciones entre 61-79 indican síntomas significativos de padecer una depresión leve. Si la puntuación es superior a 80 puntos expresa que la persona presenta mayor sintomatología depresiva.

Tabla 2. Niveles de depresión Post-parto

Población	Media	Desviación Estándar	Calificación/ según punto de corte
90	116,68	22,188	Alta

La anterior tabla refiere que el nivel de depresión post-parto en estas mujeres es Alto.

A continuación se expresan las medias y desviaciones típicas para las Dimensiones de la Depresión Post-parto:

Tabla 3. Estadísticos descriptivos de la Depresión Post-parto

Dimensiones Depresión Post-parto	Media	Desviación Estándar
Trastornos del sueño y alimentación	15,74	4,775
Ansiedad / Inseguridad	17,73	3,946
Labilidad Emocional	17,59	3,994
Deterioro Cognitivo	16,60	3,795
Pérdida de Autoestima	15,49	4,505
Culpabilidad / Vergüenza	17,52	4,092
Autopercepción de Daño	16,00	5,044

La anterior tabla refiere que las medias más altas en las dimensiones de Depresión Post-parto son las referidas a Ansiedad / Inseguridad, Labilidad

Emocional y Culpabilidad vergüenza por lo que las mujeres se sienten más afectadas en cuanto a estas áreas.

Objetivo 2. Identificar el Apoyo social percibido en mujeres madres en etapa de puerperio.

A continuación se expresan las medias y desviaciones típicas para las dimensiones del Apoyo Social Percibido.

Tabla 4. Estadísticos descriptivos del Apoyo Social Percibido

Dimensiones Apoyo Social Percibido	Media	Desviación Estándar
Familia	14,07	5,601
Amigos	15,14	6,070
Otras Personas Significativas	12,51	5,728

La anterior tabla refiere que las medias más altas en las dimensiones de Apoyo Social son las referidas a los Amigos por lo que las mujeres se sienten más respaldadas por esta red social.

Objetivo 3. Identificar los Niveles de Depresión Post-Parto en función a la edad de la madre y el número de hijos.

La interacción entre la Depresión Post-parto y la edad de la madre como el número de hijos se realizó mediante el Análisis de Varianza de un factor (ANOVA).

- a) Para realizar el análisis en función a la edad de la madre se recodificó la misma en tres grupos de acuerdo a los criterios de la psicología del desarrollo: Madres jóvenes (15-24 años) Madres Adultas (25-31 años) Madres adultas de edad media (32-40 años)

A continuación se expresan las medias y desviaciones típicas para las dimensiones de la Depresión Post-parto en función de la edad de las Madres:

Tabla 5. Estadísticos Descriptivos Depresión Post-parto y Edad de las Madres

Dimensiones Depresión Post-parto	Madres Jóvenes (15-24 años)		Madres adultas (25-31 años)		Madres adultas de edad media (32-40 años)	
	<i>M</i>	<i>D.E.</i>	<i>M</i>	<i>D.E.</i>	<i>M</i>	<i>D.E.</i>
Trastornos del sueño y alimentación	15,34	4,802	16,78	4,782	15,19	4,708
Ansiedad / Inseguridad	18,02	3,992	18,07	4,132	16,31	3,361
Labilidad Emocional	17,57	3,888	18,00	4,523	16,94	3,473
Deterioro Cognitivo	16,85	3,526	16,96	4,247	15,25	3,697
Pérdida de Autoestima	15,51	4,278	16,07	5,526	14,44	3,098
Culpabilidad / Vergüenza	17,83	3,964	16,93	4,819	17,63	3,160
Autopercepción de Daño	16,45	4,159	14,89	5,373	16,56	6,683

La anterior tabla indica que las medias más altas en las dimensiones de Depresión Post-parto son las referidas a Ansiedad/Inseguridad y Labilidad Emocional siendo las más afectadas en estas áreas las Madres Adultas en comparación de las Madres Adultas de edad media y las Madres Jóvenes. A mayor valor en la media de la dimensión de Depresión, mayor expresión de la variable.

Tabla 6. Resultados Prueba ANOVA de un factor entre Depresión Post-parto y Edad de la Madres

Dimensiones Depresión Postparto	Edad de las madres	
	F	Sig.
Trastornos del sueño y alimentación	,907	,407
Ansiedad / Inseguridad	1,271	,286
Labilidad Emocional	,351	,705
Deterioro Cognitivo	1,246	,293
Pérdida de Autoestima	,659	,520
Culpabilidad / Vergüenza	,419	,659
Autopercepción de daño	,938	,395

El análisis de varianza de la anterior tabla demuestra que:

- No existen diferencias estadísticamente significativas entre las dimensiones de la Depresión Post-parto y la Edad de las madres.

b) A continuación se expresan las medias y desviaciones típicas para las dimensiones de la Depresión Post-parto en función al Número de hijos:

Tabla 7. Estadísticos Descriptivos Depresión Post-parto y Número de Hijos

Dimensiones Depresión Post-parto	Un hijo		Dos hijos		Tres hijos		Cuatro hijos	
	<i>M</i>	<i>D.E.</i>	<i>M</i>	<i>D.E.</i>	<i>M</i>	<i>D.E.</i>	<i>M</i>	<i>D.E.</i>
Trastornos del sueño y alimentación	14,85	4,677	16,31	4,728	20,67	3,327	14,50	4,203
Ansiedad / Inseguridad	17,10	3,893	18,22	3,782	21,00	3,688	16,50	4,655
Labilidad Emocional	17,35	4,019	17,44	3,893	21,67	3,141	15,50	2,646
Deterioro Cognitivo	16,06	3,297	16,75	3,919	18,50	5,010	19,00	6,055
Pérdida de Autoestima	14,96	3,908	15,34	5,252	19,83	4,119	16,50	2,380
Culpabilidad / Vergüenza	17,27	3,683	17,19	4,547	19,17	4,916	20,75	2,986
Autopercepción de Daño	15,79	4,776	15,56	5,130	16,67	6,055	21,00	5,228

La anterior tabla indica que las medias más altas en las dimensiones de Depresión Post-parto son las referidas a Trastornos del sueño y la alimentación, Ansiedad/Inseguridad, Labilidad Emocional, Culpabilidad / Vergüenza y Autopercepción de Daño siendo las más afectadas en estas áreas las Madres que tiene tres y cuatro hijos a diferencia de las Madres que tienen dos o un solo hijo. A mayor valor en la media de la dimensión de Depresión, mayor expresión de la variable.

Tabla 8. Resultados Prueba ANOVA de un factor entre Depresión Post-parto y Número de Hijos

Dimensiones Depresión Postparto	Número de Hijos	
	F	Sig.
Trastornos del sueño y alimentación	3,133	,030
Ansiedad / Inseguridad	2,150	,100
Labilidad Emocional	2,661	,053

Deterioro Cognitivo	1,390	,251
Pérdida de Autoestima	2,251	,088
Culpabilidad / Vergüenza	1,297	,281
Autopercepción de daño	1,476	,227

La prueba ANOVA de la anterior tabla muestra que:

- Existen diferencias estadísticamente significativas entre la dimensión Trastornos del sueño y la alimentación y el Número de hijos $F(3) = 3,133$; $p = 0,030$.

Las comparaciones múltiples post hoc mediante el estadístico Scheffé muestran que:

Tabla 9. Pruebas Post-Hoc entre Depresión Postparto y el Número de hijos

Dimensión Depresión Postparto	Número de hijos	Diferencia de medias (I-J)	Sig.
Trastornos del sueño y alimentación	Un Hijo	5,813	,043
	Dos Hijos	4,354	,220
	Cuatro Hijos	6,167	,240

Existen diferencias estadísticamente significativas entre las madres que tienen tres hijos de aquellas que tienen un solo hijo $F(3) = 5,813$; $p = 0,043$. Por lo que las madres que tienen tres hijos padecen más los trastornos del sueño y la alimentación que aquellas que tienen un solo hijo.

Objetivo 4. Explorar el Apoyo Social Percibido en función a la edad de la madre y el número de hijos.

La interacción entre el Apoyo Social Percibido y la edad de la madre como el número de hijos se realizó mediante el Análisis de Varianza de un factor (ANOVA).

- a) A continuación se expresan las medias y desviaciones típicas para las dimensiones del Apoyo Social Percibido en función de la edad de las madres:

Tabla 10. Estadísticos Descriptivos entre Apoyo Social Percibido y Edad de las madres

Dimensiones Apoyo Social Percibido	Madres Jóvenes (15-24 años)		Madres adultas (25-31 años)		Madres adultas de edad media (32-40 años)	
	M	D.E.	M	D.E.	M	D.E.
Familia	13,57	5,149	13,67	6,493	16,19	5,089
Amigos	14,47	5,465	14,07	7,022	18,94	4,768
Otros Significativos	11,91	4,969	12,19	6,828	14,81	5,588

La anterior tabla indica que la media más alta en la dimensión de Apoyo social percibido es la referida a los Amigos siendo las Madres Adultas de edad media las que más reciben apoyo de este sector a diferencias de las Madres Adultas y las Madres Jóvenes. A mayor valor en la media de la dimensión de Apoyo, mayor expresión de la variable.

Tabla 11. Resultados Prueba ANOVA de un factor entre Apoyo social percibido y Edad de las madres

Dimensiones Apoyo social percibido	Edad de las madres	
	F	Sig.
Familia	1,410	,250
Amigos	4,103	,020
Otros Significativos	1,611	,206

La prueba ANOVA de la anterior tabla muestra que:

Existen diferencias estadísticamente significativas entre la dimensión de Apoyo Amigos y la Edad de las madres $F(2) = 4,103$; $p = 0,020$.

Las comparaciones múltiples post hoc mediante el estadístico Scheffé muestran que:

Tabla 12. Pruebas Post-Hoc entre Apoyo social percibido y la Edad de las madres

Dimensión Apoyo social percibido	Edad de las Madres		Diferencia de medias (I-J)	Sig.
	Madres Adultas de edad media	Madres Jóvenes Adultas		
AMIGOS			4,469	,036
			4,863	,036

Existen diferencias estadísticamente significativas entre las Madres adultas de edad media y las Madres Jóvenes $F(3) = 4,469$; $p = 0,036$.

Existen diferencias estadísticamente significativas entre las Madres adultas de edad media y las Madres Adultas $F(3) = 4,863$; $p = 0,036$.

Por lo que las Madres adultas de edad media reciben más apoyo de la red de Amigos a diferencias de las Madres Jóvenes o Adultas.

- b) A continuación se expresan las medias y desviaciones típicas para las dimensiones del Apoyo Social Percibido en función del Número de hijos:

Tabla 13. Estadísticos Descriptivos Apoyo Social Percibido y el Número de hijos

Dimensiones Apoyo social percibido	Un hijo		Dos hijos		Tres hijos		Cuatro hijos	
	<i>M</i>	<i>D.E.</i>	<i>M</i>	<i>D.E.</i>	<i>M</i>	<i>D.E.</i>	<i>M</i>	<i>D.E.</i>
Familia	14,27	5,173	13,72	5,953	11,17	7,387	18,75	2,500
Amigos	15,17	5,498	14,16	6,811	17,33	7,257	19,50	2,646
Otros Significativos	11,60	4,841	13,06	6,609	13,83	6,735	17,00	5,715

La anterior tabla indica que las medias más altas en las dimensiones de Apoyo social percibido son las referidas a los Amigos y Familia siendo las Madres que tiene cuatro hijos las que más reciben apoyo de estas redes a diferencias de las Madres que tienen uno, dos y tres hijos. A mayor valor en la media de la dimensión de Apoyo, mayor expresión de la variable.

Tabla 14. Resultados Prueba ANOVA de un factor entre Apoyo social percibido y Número de Hijos

Dimensiones Apoyo social percibido	Número de Hijos	
	F	Sig.
Familia	1,560	,205
Amigos	1,239	,300
Otros Significativos	1,447	,235

La prueba ANOVA de la anterior tabla muestra que:

- No existen diferencias estadísticamente significativas entre las dimensiones del Apoyo social percibido y el Número de hijos.

Objetivo 5. Analizar la relación entre el Apoyo Social Percibido y la Sintomatología de Depresión Post-parto.

El análisis se realizó mediante el Coeficiente de Correlación de Pearson (r_{xy}), entre las dimensiones del Apoyo social percibido y la Depresión Post-parto. Sólo se expondrán las tablas que contengan correlaciones significativas.

Tabla 15. Correlación entre las Dimensiones de Apoyo social percibido y Depresión Post-parto

APOYO SOCIAL PERCIBIDO	DIMENSIONES DEPRESIÓN POST-PARTO			
	Trastorno sueños y alimentación	Ansiedad/ Inseguridad	Labilidad Emocional	Pérdida de Autoestima
Familia	-,379	-,278	-,360	-,361
	,000	,008	,000	,000
Amigos	-,365	-,329	-,289	-,325
	,000	,002	,006	,002

** . La correlación es significativa al nivel 0,01

* . La correlación es significante al nivel 0,05

La anterior tabla expresa los siguientes resultados:

- Existe una Alta Correlación Negativa entre la Dimensión de Apoyo Familiar y las siguientes Dimensiones de Depresión Post-parto:

Trastornos del sueño y la alimentación ($r_{xy} = -,379$; $p = 0,001$).

Ansiedad / Angustia ($r_{xy} = -,278$; $p = 0,008$).

Labilidad Emocional ($r_{xy} = -,360$; $p = 0,001$).

Pérdida de Autoestima ($r_{xy} = -,361$; $p = 0,001$).

Por lo que a medida que se incrementa el Apoyo Social Familiar los síntomas de la Depresión Post-parto reducirán o decrementarán; y contrariamente si se disminuye el Apoyo de la red Familiar, la sintomatología Depresiva se incrementará.

- Existe una Alta Correlación Negativa entre la Dimensión de Apoyo Amigos y las siguientes Dimensiones de Depresión Post-parto:

Trastornos del sueño y la alimentación ($r_{xy} = -,365$; $p = 0,001$).

Ansiedad / Angustia ($r_{xy} = -,329$; $p = 0,002$).

Labilidad Emocional ($r_{xy} = -,289$; $p = 0,006$).

Pérdida de Autoestima ($r_{xy} = -,325$; $p = 0,002$).

Por lo que a medida que se incrementa el Apoyo Social de los Amigos los síntomas de la Depresión Post-parto reducirán o decrementarán; y contrariamente si se disminuye el Apoyo de la red de Amigos, la sintomatología Depresiva se incrementará.

DISCUSION

La discusión se presentará siguiendo el orden establecido en los objetivos planteados y los resultados encontrados:

1. Niveles de Depresión Post-parto.

Las madres en etapa de puerperio de la presente investigación presentan un Alto nivel de Depresión Post-parto. La sintomatología depresiva que más les afecta es la ansiedad e inseguridad, sentimientos de culpabilidad-vergüenza y labilidad emocional.

Estos resultados concuerdan con otras investigaciones (Canaval *et al.*, 2000; Martínez *et al.*, 2001) quienes encontraron también que en su población de mujeres pesaba mucho la sintomatología de tipo afectivo.

2. Apoyo social percibido en la etapa de puerperio.

Las Mujeres madres del presente estudio refieren que el grupo de quien más reciben Apoyo Social es la red de Amigos, seguido de cerca por el apoyo de la red familiar.

Estos resultados difieren de otras investigaciones previas (Musito y García, 1995; Turner, 1981) quienes encontraron en sus hallazgos con población femenina universitaria que estas estudiantes recurrían más al Apoyo Familiar principalmente proveído por sus padres.

3. Depresión Post-Parto en función a la edad de la madre y el número de hijos.

El presente estudio manifiesta que no existen diferencias significativas entre los grupos de edad de las madres (Jóvenes, Adultas y Adultas de edad media) y las dimensiones de la Depresión Post-parto. Estos hallazgos difieren de los obtenidos por Adam *et al.* (2014) quienes encontraron que en su población eran las mujeres jóvenes quienes presentaban mayor afectación sobre todo relacionada a trastornos de sueño y alimentación.

En cuanto al número de hijos, el presente estudio revela que existen diferencias significativas en cuanto a esta variable y la Depresión Postparto siendo las mujeres de mayor número de hijos (tres y cuatro) las que se ven más afectadas a diferencias de las mujeres con un número menor de hijos (uno o dos).

Estos hallazgos coinciden con otras investigaciones (García, 2011; MedinaSardán, 2013) quienes encontraron en su población, que las mujeres con más hijos presentaba mayor sintomatología depresiva que aquellas madres que tenían menos hijos.

4. Apoyo social percibido en función a la edad de la madre y el número de hijos.

Los resultados de la presente Tesis ponen de manifiesto que existen diferencias significativas en cuanto al grupo de edad de las madres, siendo las madres adultas de edad media las que más perciben apoyo social de la red de Amigos a diferencia de las madres jóvenes o las madres adultas. En cuanto al número de hijos no se encontraron diferencias significativas entre las madres en cuanto al Apoyo Social Percibido.

El desconocimiento de estudios previos de estas variables, impide realizar una valoración amplia de este constructo; sin embargo la relevancia y contribución de estos resultados posibilitan abordar dicha temática dentro del área de la salud mental permitiendo ampliar nuevos conocimientos.

5. Relación entre el Apoyo Social Percibido y la Depresión Post-parto

El presente estudio refiere que existe una asociación Alta y negativa entre el Apoyo social y la Sintomatología de Depresión Post-parto por lo que a medida que se incrementa el Apoyo Social los síntomas de Depresión Post-parto tenderán a Bajar; y contrariamente si disminuye el Apoyo de las redes sociales, la sintomatología Depresiva tenderá a incrementarse. Estos hallazgos son concordantes con otras investigaciones (García, 2011; Elizabeth *et al.*, 2008; Canaval *et al.*, 2000) quienes resaltan que el Apoyo Social en esta etapa delicada para la mujer es sumamente fundamental para aminorar o contrarrestar la sintomatología depresiva.

CONCLUSIONES

Las conclusiones se presentarán siguiendo el orden establecido en los objetivos planteados y según los resultados encontrados:

Objetivo 1. Identificar los Niveles de Depresión Post-parto en esta población de mujeres.

Conclusión

Las Madres de la presente investigación presentan un nivel Alto de depresión post-parto, siendo la síntomas de tipo afectivo las que más las afecta; si bien algunos síntomas son propios de esta etapa de puerperio como la labilidad emocional y la ansiedad o inseguridad, es probable que dichos factores se hayan incrementado debido a que la mayoría de estas mujeres son de escasos recursos económicos y madres solteras por lo que muchas de ellas son el sostén económico de sus familias lo que es una fuente generadora de estrés y de tensión que se añade a esta etapa delicada del puerperio.

Objetivo 2. Identificar el Apoyo social percibido en mujeres madres en etapa de puerperio.

Conclusión

La mayor fuente de apoyo que reciben estas mujeres, es la referida a la red de Amigos seguida de la red Familiar quienes constituyen una fuente de sostén material y afectivo para las madres de este estudio; sin embargo este hecho hace considerar que es probable que estas mujeres no reciban el suficiente apoyo por parte de otros significativos como por ejemplo el de su pareja, especialmente en el caso de las parejas solteras.

Objetivo 3. Identificar los Niveles de Depresión Post-Parto en función a la edad de la madre y el número de hijos.

Conclusión

El presente estudio pone de manifiesto que tanto las madres de mayor edad como las madres que presentan mayor número de hijos son más tendientes a la

sintomatología depresiva post-parto a diferencia de las madres jóvenes o que presentan número menor de hijos; esto puede deberse a que mayor edad y número de hijos aumentan las necesidades y las responsabilidades que deben hacer frente en el cotidiano vivir estas madres; así mismo con el paso del tiempo las fuerzas tanto físicas y psicológicas para la crianza de los hijos van aminorando de forma considerable.

Objetivo 4. Explorar el Apoyo Social Percibido en función a la edad de la madre y el número de hijos. **Conclusión**

Las madres de mayor edad así como las que presentan mayor número de hijos presentan mayor apoyo de sus redes sociales en especial del grupo de Amigos; esto probablemente se deba a que por la madurez de estas madres hayan logrado consolidar fuentes de amistad más estables y duraderas, así mismo comparten gustos afines ya que gran mayoría de esas amistades poseen igualmente hijos y muchas veces por factores socioculturales también se tienden a establecer relaciones de padrino entre ellas.

Objetivo 5. Analizar la relación entre el Apoyo Social Percibido y la Sintomatología de Depresión Post-parto.

Conclusión

El presente estudio lleva a concluir que el Apoyo Social de las redes Familiares y del grupo de Amigos, es fundamental en esta etapa de puerperio para las mujeres, ya que se constituyen en fuentes de soporte emocional y material para ellas. Si se brinda un apoyo efectivo y de calidad se aminorarán en gran medida la sintomatología depresiva que pueda surgir en esta etapa; y si por el contrario no se brinda un respaldo por parte de estas redes sociales, las mujeres incrementarán el desarrollo de sintomatología depresiva poniendo en riesgo su salud y la de sus hijos.

BIBLIOGRAFIA

- Adam, G., García-Esteve, L. y Subirá, S. (2014). Depresión postparto, hostilidad y hábitos de salud. *Revista de Medicina*, 14(2), 18-25.
- Alvarado, R., Rojas, M., Monardes, J., Perucca, E. y Neves, E. (2000). Cuadros depresivos en el postparto en una corte de embarazadas: construcción de un modelo causal. *Revista Chilena de neuro-psiquiatría*, 38(2), 84-93.
- Beck, T. y Gable, R. (2002). Screening performance of the Postpartum Depression Screening Scale – Spanish version. *Transcult Nurs*, 16(4), 331-38.
- Borbalan, J. (2013). Depresión postparto. *Revista de enfermería, y fisioterapia*, 7, 65-80.
- Calesso, M. (2007). *Vínculo afectivo y estrés en la maternidad adolescente*. Un estudio con metodología combinada. Departamento de psicología clínica y de salud Barcelona.
- Canaval, G., González, M., Martínez, L. y Valencia, C. (2000). Depresión postparto, apoyo social y calidad de vida en mujeres de Cali, Colombia. *Revistas Científicas de América Latina, el Caribe, España y Portugal*, 31, 4-10.
- Carro, T., Sierra, J.M. y Hernández, J. (2000). Trastornos del estado de ánimo en el postparto. *Revista Médica General*, 24, 52-76.
- Collins, N., Dunkel, M. y Scrimshaw, S. (1993). Social support in pregnancy: psychosocial correlates of birth outcomes and postpartum depression. *J Pers Social Psychol*, 65, 12-58.
- Cooper, P., Murray, L. y Fortnightly, A. (1998). Postnatal depression. *Review BMJ*, 15, 887-894.

Cox, J., Murray, D. y Chapman, G. (1993), Acontrolled study of the onset, duration and prevalence of postnatal depression. *British Journal of Psychiatry*, 163, 27-31.

Delgado, A. y Prieto, G. (1997). *Introducción a los métodos de investigación de la psicología*. Madrid: Pirámide.

Elizabeth, J., Corwin, D. y Kathleen, P. (2008), The Psychoneuroimmunology of Postpar- tum Depression. *Journal of Women ´s Health*, 17(9), 46-58.

García, M. (2011). *Trastornos del estado de ánimo en el puerperio: factores psicosociales predisponentes*. Madrid: Grijalbo.

Martínez, E., Toledo, M., Pineda, M. y Monleon, J. (2001). Depresión posparto: Un estudio exploratorio con una muestra de mujeres valencianas. *Psicopatología y psicología clínica*, 6(1), 37 - 48.

Medina-Serdán, E. (2013). Diferencias entre la depresión posparto, la psicosis posparto y la tristeza posparto. *Perinatol Reprod Hum*, 27(3),185-193.

Mendoza, C. y Saldivia, S. (2015). Actualización en depresión posparto: el desafío permanente de optimizar su detección y abordaje. *Rev Med Chil*, 143(7), 887-894.

Musitu, G. y García, E. (1995). El apoyo social en el contexto de la intervención comunitaria: una propuesta de evaluación. *Información Psicológica*, 57, 18-23.

Oviedo, G.F. y Jordán, V. (2006). Trastornos afectivos posparto. *Universitas Médica*, 47, 131-137.

Rojas, L. y Dembowski, N. (2014). Protocolo de detección de la depresión durante el embarazo y posparto y apoyo al tratamiento. *Revista de medicina y enfermería*, 8, 23-32.

Romero, A. y Carrillo, A. (2013). *Alteraciones psiquiátricas en el postparto*. Trabajo de Grado, Facultad de Medicina y Humanidades, Universidad de Guadalajara, México.

Turner, R. (1981). Social support as contingency in psychological well-being. *J Health Social Behavior. Revistas Científicas de América Latina, el Caribe, España y Portugal*, 21, 357-367.

Zimet, G., Dahlem, N., Zimet, S. y Farley, G. (1988). The Multidimensional Scale of Perceived Social Support. *Journal of Personality Assessment*, 52(1), 30-41.

ANEXOS

ANEXO 1

CONSENTIMIENTO INFORMADO

El propósito de esta ficha de consentimiento es proveerle una clara explicación del objetivo y la naturaleza de esta investigación, así como su rol de participante.

La meta de este estudio es conocer la relación entre la Depresión Postparto y el Apoyo Social Percibido en mujeres en etapa de Puerperio del Hospital de la Mujer “Percy Boland”, para tales fines se está recurriendo a mujeres atendidas en dicho Hospital.

La presente investigación es conducida por la Lic. Elsa Pereira Zárate, alumna de la Maestría en Psicología Clínica de la Universidad Andina Simón Bolívar, Sede Sucre.

Si usted accede a participar en este estudio, se le pedirá llenar dos escalas, una para la Depresión Postparto y otra para el Apoyo Social Percibido, además de su edad, grado de instrucción, nivel socioeconómico, estado civil y el número de hijos que tenga. Esto tomará aproximadamente 30 minutos de su tiempo.

La participación de este estudio es estrictamente voluntaria. La información que se recoja será confidencial, anónima y no se usará para ningún otro propósito fuera de esta investigación.

El procesamiento de datos así como la publicación de resultados quedan bajo estricta confidencialidad, bajo la responsabilidad de la investigadora, los mismos que serán utilizados solamente para fines científicos.

Las escalas cumplimentadas estarán resguardadas al cuidado personal bajo llave de la investigadora, siendo solamente ella quien pueda acceder a tal información.

Si tiene alguna duda sobre la investigación, puede hacer preguntas en cualquier momento durante su participación o retirarse del mismo si lo decide.

Agradezco su colaboración

Yo..... acepto participar voluntariamente en esta investigación, habiendo sido previamente informada sobre el objetivo del estudio, no repercutiendo en mi integridad ni en mi persona.

Se me ha informado que llenaré mi edad, estado civil, grado de instrucción, nivel socioeconómico y número de hijos, así como dos escalas, las cuales durarán aproximadamente 30 min.

Reconozco que la información que yo provea en esta investigación es estrictamente confidencial, anónima y no será usada para ningún otro propósito fuera de este estudio. He sido informada de que puedo hacer preguntas en el transcurso de la aplicación y que puedo retirarme del mismo cuando así lo decida, sin que esto signifique perjuicio alguno para mi persona.

Participante

Firma

Fecha

----- Nombre de la

ANEXO 2
Postpartum Depression Screening Scale (PDSS)
ESCALA PARA LA EXPLORACIÓN DE LA DEPRESIÓN POST-PARTO

Edad:..... Estado Civil: Número de Hijos:.....

Grado de Instrucción:..... Nivel Económico: Alto Medio Bajo

A Continuación encontrará una serie de afirmaciones respecto a síntomas que suelen ocurrir después del alumbramiento, marque con una X la que Ud. considere que le sucede según su proceder, opinión o sentimiento utilizando las alternativas al lado de cada afirmación.

Ítems	Muy en Desacuerdo (1)	Desacuer do (2)	Indiferente (3)	De acuerdo (4)	Muy de Acuerdo (5)
1. Tenía problemas para dormir aunque mi bebé estuviera durmiendo.					
2. Perdí el apetito.					
3. Me despertaba en la noche y tenía dificultad en volver a dormirme.					
4. Me daba vuelta en la cama por largo tiempo, tratando de quedarme dormida.					
5. Sabía que debía comer pero no podía.					
6. Me ponía ansiosa por lo más mínimo que tuviese que ver con mi bebé.					
7. Me sentía totalmente agobiada (harta).					
8. Me sentía tremendamente nerviosa (quería escapar de mí misma).					
9. Me sentía sola.					
10. Sentía que tenía que seguir moviéndome de un lado a otro.					

11. Sentía un sube y baja emocional.					
12. Temía que jamás volvería a ser feliz.					
13. Lloraba mucho sin razón.					
14. He estado muy irritable.					
15. Me sentía llena de rabia (ira) y a punto de explotar.					
16. Sentía que estaba perdiendo la razón.					
17. No podía concentrarme en nada.					
18. Pensé que me estaba volviendo loca.					
19. Tenía dificultad aun para tomar una simple decisión.					
20. Tenía dificultad para concentrarme en una tarea.					
21. Tenía miedo de nunca volver a ser la misma de antes.					
22. Empecé a desconocerme a mí misma.					
23. Ya no sabía quién era yo.					
24. Me sentía como si no fuera una persona normal.					
25. No me sentía real (auténtica).					
26. Sentía como si yo no fuera la madre que quería ser.					
27. Sentía como si muchas madres fueran mejores que yo.					
28. Me sentía culpable por que no podía sentir tanto amor como debiera por mi bebe.					

29. Sentía que tenía que esconder lo que pensaba/sentía por mi bebe					
30. Me sentía un fracaso como madre.					
31. Llegue a pensar que la muerte parecía ser la única solución.					
32. Empecé a pensar que estaría mejor muerta.					
33. Quería hacerme daño.					
34. Creía que mi bebe estaría mejor sin mí.					
35. Sentía que lo que quería era dejar este mundo.					

¡GRACIAS POR SU COLABORACIÓN!

**ANEXO 3 ESCALA MULTIDIMENSIONAL DE APOYO SOCIAL PERCIBIDO
(Multidimensional Scale of Perceived Social Support, MSPSS; Zimet, Dahlem y Farley, 1988).**

Por favor, lea cuidadosamente cada una de las frases que aparecen a continuación y responda en qué medida le describen. Para contestar, utilice la siguiente escala:

- 1 = Muy en desacuerdo 2 = Bastante en desacuerdo
 3 = Algo en desacuerdo 4 = Ni en desacuerdo ni de acuerdo
 5 = Algo de acuerdo 6 = Bastante de acuerdo
 7 = Muy de acuerdo

1. Existe una persona especial que está cerca de mí	1	2	3	4	5	6	7
2. Existe una persona especial con la cual puedo compartir alegrías y tristezas.	1	2	3	4	5	6	7
3. Mi familia trata realmente de ayudarme.	1	2	3	4	5	6	7

4. Tengo la ayuda y el apoyo emocional que necesito de mi familia.	1	2	3	4	5	6	7
5. Tengo una persona especial que es una fuente real de consuelo para mí.	1	2	3	4	5	6	7
6. Mis amigos tratan realmente de ayudarme.	1	2	3	4	5	6	7
7. Puedo contar con mis amigos cuando las cosas van mal.	1	2	3	4	5	6	7
8. Puedo hablar de mis problemas con mi familia.	1	2	3	4	5	6	7
9. Tengo amigos con los cuales puedo compartir mis alegrías y mis penas.	1	2	3	4	5	6	7
10. Hay una persona especial en mi vida que se preocupa de mis sentimientos.	1	2	3	4	5	6	7
11. Mi familia está dispuesta a ayudarme a tomar decisiones.	1	2	3	4	5	6	7
12. Puedo hablar de mis problemas con mis amigos.	1	2	3	4	5	6	7

¡GRACIAS POR SU COLABORACIÓN!