

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

**TRABAJO DE INVESTIGACION**

**“CARACTERISTICAS SOCIODEMOGRAFICAS Y RIESGO DE DEPRESIÓN PUERPERAL EN PACIENTES DEL HOSPITAL SAN JOSE, ENERO – JUNIO 2017”**

PARA OPTAR TÍTULO PROFESIONAL DE:

LICENCIADO EN ENFERMERIA

PRESENTADO POR:

**YSABEL MELCHORITA ALMEYDA MARTÍNEZ**

**ASESOR**

DR. HENANDO MARTIN CAMPOS MARTINEZ

CHINCHA – ICA- PERU – 2017

# INDICE

[INDICE 2](#_Toc498690772)

[I. INTRODUCCION 4](#_Toc498690773)

[II. PROBLEMATICA DE LA INVESTIGACION 5](#_Toc498690774)

[2.1. DESCRIPCION DE LA REALIDAD PROBLEMÁTICA 5](#_Toc498690775)

[2.2. FORMULACION DEL PROBLEMA 5](#_Toc498690776)

[2.2.1. FORMULACION DEL PROBLEMA PRINCIPAL 5](#_Toc498690777)

[2.2.2. FORMULACION DEL PROBLEMA ESPECÍFICO 5](#_Toc498690778)

[2.3. JUSTIFICACION DE LA INVESTIGACION 6](#_Toc498690779)

[2.4. VARIABLES 6](#_Toc498690780)

[III. OBJETIVOS 7](#_Toc498690781)

[3.1. OBJETIVO GENERAL 7](#_Toc498690782)

[3.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS 7](#_Toc498690783)

[IV. MARCO TEORICO 8](#_Toc498690784)

[4.1. ANTECEDENTES 8](#_Toc498690785)

[4.2. MARCO TEORICO 11](#_Toc498690786)

[4.2.1. DEPRESION 11](#_Toc498690787)

[4.2.2. PUERPERIO 11](#_Toc498690788)

[4.2.3. ETAPAS DE PUERPERIO 11](#_Toc498690789)

[4.2.3.1. PUERPERIO INMEDIATO 11](#_Toc498690790)

[4.2.3.2. PUERPERIO MEDIO 12](#_Toc498690791)

[4.2.3.3. PUERPERIO TARDIO 12](#_Toc498690792)

[4.2.4. DEPRESION POST PARTO 12](#_Toc498690793)

[4.2.5. FACTORES ETIOPATOGENICOS 12](#_Toc498690794)

[4.2.5.1. FACTORES PSICOLOGICOS 12](#_Toc498690795)

[4.2.5.2. FACTORES SOCIODEMOGRAFICOS 13](#_Toc498690796)

[4.2.5.3. FACTORES ANAMNESICOS 13](#_Toc498690797)

[4.2.5.4. FACTORES FAMILIARES 13](#_Toc498690798)

[4.2.6. FACTORES DE RIESGO 13](#_Toc498690799)

[4.3. MARCO CONCEPTUAL 14](#_Toc498690800)

[V. METODOS O PROCEDIMIENTO 15](#_Toc498690801)

[5.1. TIPO Y NIVEL DE INVESTIGACION 15](#_Toc498690802)

[5.2. DISEÑO DE INVESTIGACION 15](#_Toc498690803)

[5.3. CRITERIOS DE INCLUSION Y EXCLUSION 16](#_Toc498690804)

[5.3.1. CRITERIOS DE INCLUSION 16](#_Toc498690805)

[5.3.2. CRITERIOS DE EXCLUSION 16](#_Toc498690806)

[5.4. POBLACION Y MUESTRA 16](#_Toc498690807)

[5.4.1. POBLACION 16](#_Toc498690808)

[5.4.2. MUESTRA 17](#_Toc498690809)

[5.5. TECNICAS E INSTRUMENTOS DE RECOLECCION DE DATOS 17](#_Toc498690810)

[5.6. TECNICAS DE ANALISIS E INTERPRETACION DE DATOS 17](#_Toc498690811)

[PRESUPUESTO 18](#_Toc498690812)

[CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES 19](#_Toc498690813)

[BIBLIOGRAFIA 21](#_Toc498690814)

# INTRODUCCION

En la actualidad los trastornos depresivos se han convertido en una de las patologías más frecuentes en el ámbito primaria de la salud, mostrándose que cada vez es mayor el número de personas que la padecen, se observa que quienes son con mayor frecuencia afectadas es la población femenina que la masculina, precisamente aumenta durante y después del embarazo, donde ocurren cambios bioquímicos, psicológicos y sociales que afectan las psiquis de la mujer.

La incidencia mundial de este trastorno oscila entre 10 y 20% según autores, mientras que otros afirman que están entre 10 a 15%, que entre 30 y 200 casos en 1000 nacimientos la incidencia es de 10 a 35% según la OMS.

La DPP, es entendida como el trastorno depresivo sin síntomas psicóticos que ocurren durante los primeros días hasta el año después del nacimiento del bebe, pero con mayor incidencia en los primeros días.

Se encontró que las edades oscilaban entre los 20 y 45 años de edad donde la media fue de 30.4 años, el 63.3% estaba actualmente casada ya sea por civil o religioso. El 23.33% reside en su hogar con cinco miembros más familiares o no familiares y cantidad de hijos vivos el 30% tiene dos. La mayor incidencia en el grado de instrucción fue del 40% de grado superior. El lugar de procedencia fue urbano con un 56.7%. El monto económico mensual promedio es de 850 nuevos soles. En relación al tipo de embarazo el 83.3% fue deseado y el 76.7% el parto fue natural.

# PROBLEMATICA DE LA INVESTIGACION

## DESCRIPCION DE LA REALIDAD PROBLEMÁTICA

La OMS, define al periodo de postparto al periodo de vulnerabilidad emocional y de alto riesgo en los que se pueden desarrollar desordenes emocionales, como en las mujeres puerperales que oscilan entre el 50 y 90% en el país en los diferentes grados.

En la actualidad los trastornos depresivos se han convertido en una de las patologías más frecuentes en el ámbito primaria de la salud, mostrándose que cada vez es mayor el número de personas que la padecen, se observa que quienes son con mayor frecuencia afectadas es la población femenina que la masculina, precisamente aumenta durante y después del embarazo, donde ocurren cambios bioquímicos, psicológicos y sociales que afectan las psiquis de la mujer.

La incidencia mundial de este trastorno oscila entre 10 y 20% según autores, mientras que otros afirman que están entre 10 a 15%, que entre 30 y 200 casos en 1000 nacimientos la incidencia es de 10 a 35% según la OMS.

La DPP es un importante trastorno de la salud mental en la mujer, con una frecuencia de tres veces mayor en los países en vía desarrollo.

## FORMULACION DEL PROBLEMA

### FORMULACION DEL PROBLEMA PRINCIPAL

¿Cuáles son las características sociodemográficas y riesgo de depresión puerperal en pacientes gestantes del Hospital San José, en el periodo de enero – junio del año 2017?

### FORMULACION DEL PROBLEMA ESPECÍFICO

¿Cuál es la incidencia de depresión puerperal en las pacientes ingresadas en el hospital San José de Chincha en el periodo de enero – junio del año 2017?

¿Cuáles son las características sociodemográficas en las gestantes puérperas ingresadas en el hospital San José de Chincha en el periodo de enero – junio del año 2017?

## JUSTIFICACION DE LA INVESTIGACION

En el proceso de gestación ocurren cambios bioquímicos, psicológicos y sociales que infieren en la vulnerabilidad de las mujeres predisponiéndola a presentar un trastorno.

La DPP, es entendida como el trastorno depresivo sin síntomas psicóticos que ocurren durante los primeros días hasta el año después del nacimiento del bebe, pero con mayor incidencia en los primeros días.

La DPP se diferencia de cualquier otro trastorno o cuadro depresivo porque aparece entre las cuatro o treinta semanas del puerperio con síntomas incapacitantes como irritabilidad, rabia, anhedonia, abulia, confusión, olvido, culpa, incapacidad de afrontamiento y ocasionalmente, pensamientos suicidas, que pueden exacerbarse por falta de confianza, expectativas irreales sobre la maternidad y baja autoestima materna.

## VARIABLES

* **VARIABLE INDEPENDIENTE**

Características sociodemográficas

* **VARIABLE DEPENDIENTE**

Depresión post parto

# OBJETIVOS

## OBJETIVO GENERAL

Determinar cuáles son las características sociodemográficas y riesgo de depresión puerperal en pacientes gestantes del Hospital San José, en el periodo de enero – junio del año 2017.

## OBJETIVOS ESPECÍFICOS

Identificar la incidencia de depresión puerperal en las pacientes ingresadas en el hospital San José de Chincha en el periodo de enero – junio del año 2017.

Conocer las características sociodemográficas en las gestantes puérperas ingresadas en el hospital San José de Chincha en el periodo de enero – junio del año 2017.

# MARCO TEORICO

## ANTECEDENTES

Drs. Evans M., Vicuña M. & Rodrigo Marín. (2003), en su trabajo de investigación titulado “Depresión postparto realidad en el sistema público de atención de salud” Revista Chile Obstetricia-Ginecología 2003; 68(6): 491-494.

Menciona que la DP es un problema de salud pública, que la prevalencia esta entre 10 a 15% a nivel mundial, en el periodo de puerperio ocurren variaciones bioquímicos y estrés que pueden ser un desencadenante de estos trastornos.

Realizaron un estudio prospectivo en el primer nivel de atención para conocer la incidencia y cuáles son los factores de riesgo para este trastorno. Concluyendo que es un problema grave si no es atendido a tiempo donde la incidencia es de 1 de cada 3 pacientes con un 66,6% de depresión puerperal, por lo que se debe de intervenir un trabajo multidisciplinario con enfermeras, matronas, psicólogo, obstetras y en casos graves con psiquiatras para poder abordarlo en los primeros niveles.

Borbalán, J. (2013), en su trabajo de grado titulado “depresión post parto”, menciona que la depresión puede aparecer en cualquier instancia de la vida, pero cuando aparece en el proceso del parto y después del parto, de le denomina depresión puerperal, con una prevalencia mundial que fluctúa entre 10 a 15% en la población mundial.

Concluye que la DDP, es una complicación más frecuente después del embarazo y que los profesionales deben de estar al tanto para poder efectuar y aplicar las medidas correctas, tanto prácticas como cognoscitivas para poder brindar el tratamiento oportuno y de ser el caso poder identificarlo en sus inicios.

En el trabajo publicado en la Revista de Medica de Colombia Vol. 31 Nº 1, 2000, realizada por los autores Canaval, G., Gonzales, M., Martínez, L. & cols. (2015), titulada “Depresión postparto, apoyo social y calidad de vida en mujeres de Cali, Colombia”, donde se realizó la investigación en mujeres sus expresiones sintomatológicas de depresión en el proceso de etapa prenatal y postnatal, si su calidad de vida y el apoyo social se relacionaban a este trastorno.

Se aplicaron los siguientes instrumentos la escala de apoyo social, indica de calidad de vida, escala de depresión y cuestionario de factores de riesgo, aplicados en el proceso de embarazo de las gestantes incidentes al centro de salud, la edad media de las maternas fue de 26 años, el 66% de las gestantes presentaron depresión en la etapa prenatal y el 57% presentaron el postparto.

En relación a las variables de gestación, calidad de vida, tamaño de red de apoyo, conflicto con la red de apoyo, necesidad de apoyo, satisfacción de apoyo social y factores de riesgo se obtuvo un R2 = 67 esas mismas variables medidas en el postparto excepto la de factores de riesgo, explican 65% de la varianza de la sintomatología depresiva en el postparto.

Moreno, A., Casulari da Motta, L. & França, P. (2004), titulado depresión postparto: prevalencia de test de rastreo positivo en puérperas del Hospital Universitario de Brasil, publicado en la Revista Chilena de Obstetricia y Ginecología 2004; 69(3): 209-213.

En la causa de conocer la incidencia de las mujeres con depresión puerperal atendidas en el Hospital de Brasil, se empleó una Escala de Depresión Post Natal de Edimburgo (EPDS), aplicada a las mujeres que estaban en la 8va y 10ma segunda semana postparto donde acudían para realizar los chequeos a sus hijos.

Se analizó a un total de 123 féminas que respondieron a la escala, se encontró una prevalencia de 22,2% de test positivos, donde la edad, identidad, circunstancias de aborto no fueron factores de riesgo estadísticamente significativos para el hallazgo de test positivo.

Alvarado, R., Rojas, M., Monardes, J., Perucca, E., Neves E., Vera, A. (2000), publicado en la revista Chile Neuropsiquiatría 2000; 38(2): 84-93, “Cuadros depresivos en el postparto en una cohorte de embarazadas: construcción de un modelo causal”.

Se realizó una investigación de cohorte en 125 gestantes, que se les realizo un seguimiento por dos meses después del parto, donde la incidencia encontrada fue de 22,4% con presentación de cuadros de depresión en el puerperio.

Se realizó el análisis de regresión logística múltiple, cuya ecuación final incluyo una variable aislada (insatisfacción con la relación de pareja) y dos parejas de variables en interacción (bajo apoyo social con bajo nivel socio-económico y embarazada de edad adolescente con depresión durante su gestación). El modelo construido presenta una buena eficiencia global (84,0%), destacando su especificidad (94,9%) por sobre su sensibilidad (46,4%).

## MARCO TEORICO

### DEPRESION

Desde los tiempos de Hipócrates, los clínicos notaron una asociación entre los trastornos del humor y el período posterior al parto.

La depresión es el diagnóstico psiquiátrico que describe un trastorno del estado de ánimo, que se presenta de forma transitoria o permanente, caracterizada por sentimiento de abatimiento, infelicidad, culpabilidad e incluso puede provocar anhedonia.

Según la OMS (2013), define a la depresión como una alteración patológica del estado de ánimo donde se presenta un descenso del humor.

### PUERPERIO

Según la OMS considera al periodo puerperal desde la expulsión de la placenta de la madre al bebe hasta las seis semanas después del parto. Se acepta que tiene un periodo de duración de 45 días o seis semanas posteriores al alumbramiento.

### ETAPAS DE PUERPERIO

La etapa puerperal está dividida en tres etapas de acuerda al tiempo en el que ha ocurrido la manifestación clínica.

#### PUERPERIO INMEDIATO

Esta etapa comprende las primeras veinticuatro horas después del parto y aquí actúan los mecanismos homeostáticos para el control del sangrado del útero.

#### PUERPERIO MEDIO

Esta etapa comprende desde las 24 horas hasta los diez días después del parto, en este se inicia la lactancia del bebe, donde puede conllevar al desarrollo de un DPP.

#### PUERPERIO TARDIO

Esta etapa comprende desde los once días hasta los cuarenta y cinco que en consideración la mujer atraviesa por el proceso de retorno de la ovulación.

### DEPRESION POST PARTO

Es también conocida como depresión postnatal (DPP), es una forma de depresión que afecta a una gran población de las mujeres en la etapa de puerperio, siendo menos frecuente en los hombres, Existen dos tipos de depresión, la baby-blues que es mucho más leve que la depresión posparto, ambas están ampliamente consideradas como tratables.

### FACTORES ETIOPATOGENICOS

Los factores que pueden desencadenar específicamente trastornos en el estado de ánimo en la etapa de puerperio, según Poó et al., (2008) identificaron factores de riesgo específicos asociados a la DPP. Estos son: características socio-demográficas, factores psicológicos individuales, factores orgánicos y factores de riesgo familiares.

#### FACTORES PSICOLOGICOS

En relación a los resultados en los estudios realizados los antecedentes significativos de sobrecarga que se experimentan en el cuidado del bebe y las sensaciones que se tiene sobre el cuerpo después del parto.

#### FACTORES SOCIODEMOGRAFICOS

En relación a los factores sociodemográficos, los resultados que se muestran para la asociación de la DPP son el ingreso económico, el estado civil y el número de hijos, quienes son predisponentes de la DPP en relación a otras características sociodemográficas.

#### FACTORES ANAMNESICOS

Entre los factores de riesgo se encuentra en la historia clínica antecedidos, como familiares con trastornos de estado de ánimo, corte temprano de lactancia, amenaza de aborto, etc.

#### FACTORES FAMILIARES

Un factor que tiene mayor intensidad en la DPP es la calidad de relación con el papa del último hijo en el embarazo.

### FACTORES DE RIESGO

* Crisis de ansiedad
* Depresión en el embarazo y después del embarazo
* Historia de familiares que la han padecido
* Falta de apoyo familiar y social
* Perdida de trabajo o falta de economía
* Baja autoestima
* Embarazos no deseados
* Lugar de procedencia
* Cantidad de habitantes en el hogar

## MARCO CONCEPTUAL

**(D) Depresión**

Es un trastorno mental frecuente que es caracterizado por la manifestación y presentación de tristeza, perdida de interés, sentimiento de culpabilidad, falta o disminución de autoestima, problemas de sueño, hipobulia , mala concentración, etc. Que infiere en el desarrollo para afrontar la vida cotidiana.

**(DPP) Depresión post parto**

La DPP consiste en el desarrollo de una D de la mamá después del nacimiento de su bebe hasta un año después, donde la mayor frecuencia es entre los primeros tres meses puerperales.

**(P) Puerperio**

El puerperio es la etapa biológica que inicia en el culmino de la exclusión de la placenta y es considerada como una duración de seis semanas o 42 días.

**(FR) Factores de riesgo**

Son aquellas características y/o exposiciones en el sujeto que puede aumentar la posibilidad de padecer una enfermedad, trastorno, lesión, trauma, etc.

##

# METODOS O PROCEDIMIENTO

## TIPO Y NIVEL DE INVESTIGACION

El tipo de investigación aplicada fue cuantitativo, donde su naturaleza de los objetivos en el nivel de conocimiento fue descriptiva, prospectivo y correlacional y para la recolección de los datos es de tipo transversal, trabajando con las mujeres puérperas ingresadas en el hospital San José de Chincha, ingresadas en el periodo de enero y junio del 2017.

## DISEÑO DE INVESTIGACION

Para la realización de la investigación se aplicó un diseño correlacional cuyo esquema fue:



**Dónde:**

**M:** ES la muestra que estuvo conformada por las 30 madres puérperas que cumplieron los criterios de inclusión y exclusión de la investigación.

**X:** Representa a las observaciones que se realizaron en la variable independiente.

**Y:** Las observaciones que se realizaran a la variable dependiente.

**r:** representa a cuales son las relaciones que tienen las variable sociodemográfico y los riesgos de depresión puerperal.

## CRITERIOS DE INCLUSION Y EXCLUSION

### CRITERIOS DE INCLUSION

Madres gestantes en periodo de puerperio en el Hospital San José de Chincha.

Las madres que sus edades eran entre 20 años y 45 años de edad.

Madres que consentían la participación de la investigación.

Madres que llenaban todas las preguntas de los instrumentos.

### CRITERIOS DE EXCLUSION

Madres gestantes ingresadas antes y después del periodo de investigación en el Hospital San José de Chincha.

Las madres que sus edades eran entre menores a 20 años y mayores a 45 años de edad.

Madres que no consentían la participación de la investigación.

Madres que no llenaban todas las preguntas de los instrumentos o dejaban alguna sin responder.

## POBLACION Y MUESTRA

### POBLACION

Según Tamayo y Tamayo (1997), define a la población con el conjunto de individuos de la misma clase, limitada por el estudio, en otras palabras es la totalidad de estudio seleccionada por algún fenómeno en común.

La muestra total para la realización de esta investigación es de todas las gestantes ingresadas al Hospital San José de Chincha en el periodo de enero y junio de 2017.

### MUESTRA

Tamayo, T. Y Tamayo, M (1997), menciona que la muestra es el grupo de sujetos que se coge de una población para la realización de la investigación con fines fenomenológicos por estadística.

Para la selección de la muestra se aplicó los criterios de inclusión y exclusión, para poder definir los objetivos de investigación. La muestra se conformó por 30 madres en etapa de postparto.

## TECNICAS E INSTRUMENTOS DE RECOLECCION DE DATOS

Para la recolección de los resultados la técnica que se empleo fue la observación directa y la revisión de las historias clínicas (que fueron con consentimiento del paciente que previamente fue consultada)

**Primaria:** Se administró una encuesta que se realizó por el investigador para recoger las características sociodemográficas de las madres puérperas ingresadas al Hospital San José.

**Secundaria:** Se administró paralelamente la escala de depresión de post-parto de Edinburgh (EPDS), que fue creada para asistencia a los profesionales de atención primaria de la salud y detección de madres que padecen depresión postparto.

## TECNICAS DE ANALISIS E INTERPRETACION DE DATOS

Para el análisis de los resultados después de haber recogido la información se realizó a la trascripción de los datos de forma manual y se ordenaron cronológicamente, después fueron tabulados al programa estadístico IBM SPSS versión 24.0, realizando los parámetros estadísticos descriptivo e inferencial. Se empleó las medidas de tendencia central de media y tazas para conocer los objetivos planteados.

Después se representaron los datos en gráficos estadísticos y tablas estadísticas para que permitan su interpretación, explicación y demostración de los resultados.

# PRESUPUESTO

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| CANTIDAD | MATERIAL | COSTO UNI | TOTAL |
| 1 | ASESORIA | 150.00 | 120.00 |
|  | PAPEL BOND | 0.10 | 4.00 |
| 20 | LAPIZ, BORRADOR Y TAJADOR |  | 20.00 |
| 80 | IMPRESIONES | 0.10 | 8.00 |
| 2 | CD | 1.50 | 3.00 |
| 1 | COMPUTADORA |  | 5.00 |
|  | TRANSPORTE |  | 50.00 |
|  | MATERIALES BIBLIOGRAFICOS |  | 40.00 |
| 70 | FOTOCOPIAS | 0.05 | 7.00 |
| 3 | EMPASTADO Y ANILLADO |  | 20.00 |
|  | ALIMENTACION |  | 90.00 |
|  | IMPREVISTOS |  | 30.00 |
| TOTAL | **397.00** |

# CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES

|  |  |
| --- | --- |
| CRONOGRAMA DE INVESTIGACION | TITULO DE LA TESIS |
| MES / AÑO | **Enero** | **Febrero** | **Marzo** | **Abril** | **Mayo** | **Junio** |
| SEMANA | **1** | **2** | **3** | **4** | **1** | **2** | **3** | **4** | **1** | **2** | **3** | **4** | **1** | **2** | **3** | **4** | **1** | **2** | **3** | **4** | **1** | **2** | **3** | **4** |
| Escoger el tipo de investigación |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Selección del tema |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Delimitación del tema |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Preguntas de investigación |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Objetivos de investigación |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Justificación |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Diseño |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Cronograma de investigación |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Marco teórico |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Bibliografía |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Diseño de instrumentos |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Recolección de datos |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Tabulación de datos |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Análisis de información |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Conclusión y recomendaciones |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Entrega de proyecto de investigación |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Revisión del proyecto |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Entrega del trabajo de investigación |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

# BIBLIOGRAFIA

Evans, M., Vicuña, M., & Marín, R. (2003). Depresión postparto realidad en el sistema público de atención de salud. *Revista chilena de obstetricia y ginecología*, *68*(6), 491-494.

Canaval, G. E., González, M. C., Martínez Schallmoser, L., Tovar, M. C., & Valencia, C. (2000). Depresión postparto, apoyo social y calidad de vida en mujeres de Cali, Colombia. *Colombia médica*, *31*(1).

Dois, A., Uribe, C., Villarroel, L., & Contreras, A. (2012). Factores de riesgo asociados a síntomas depresivos post parto en mujeres de bajo riesgo obstétrico atendidas en el sistema público. *Revista médica de Chile*, *140*(6), 719-725.

Moreno Zaconeta, A., Domingues Casulari da Motta, L., & França, P. S. (2004). Depresión postparto: prevalencia de test de rastreo positivo en puérperas del Hospital Universitário de Brasília, Brasil. *Revista chilena de obstetricia y ginecología*, *69*(3), 209-213.

Alvarado, R., Rojas, M., Monardes, J., Perucca, E., Neves, E., Olea, E., & Vera, A. (2000). Cuadros depresivos en el postparto en una cohorte de embarazadas: construcción de un modelo causal. *Revista chilena de neuro-psiquiatría*, *38*(2), 84-93.

Jadresic, E., & Araya, R. (1995). Prevalencia de depresión posparto y factores asociados en Santiago, Chile. *Rev Méd Chile*, *123*, 694-9.

Besteiro, E. M., Aliaga, M. T., Pineda, M., Alegre, J. M., Berlanga, J. F., & Martín, P. B. (2001). La depresión postparto: un estudio exploratorio con una muestra de mujeres valencianas. *Revista de psicopatología y psicología clínica*, *6*(1), 37-48.

Urdaneta, J., Rivera, A., García, J., Guerra, M., Baabel, N., & Contreras, A. (2010). Prevalencia de depresión posparto en primigestas y multíparas valoradas por la escala de Edimburgo. *Revista chilena de obstetricia y ginecología*, *75*(5), 312-320.