

UNIVERSIDAD RICARDO PALMA

FACULTAD DE MEDICINA HUMANA



RELACIÓN ENTRE CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS Y RIESGO DE
DEPRESIÓN POSTPARTO EN PUÉRPERAS DE LA CLÍNICA GOOD HOPE
NOVIEMBRE DE 2015.

TESIS PARA OPTAR EL TÍTULO PROFESIONAL DE

MÉDICO CIRUJANO

PRESENTADO POR:

Romero Medina Guillermo Enrique

DIRECTOR:

Dr. Jhony Alberto de la Cruz Vargas

ASESOR:

Dr. José Lozano Gutierrez

LIMA – PERÚ

2016

Dedicatoria

Esta tesis está dedicada en primer lugar a Dios por darme la sabiduría de haber escogido esta hermosa carrera y ser mi fortaleza.

A mis padres Juan y Miriam por haberme apoyado en mi carrera, siendo mis mejores consejeros, por todo su amor y por la confianza que depositaron en mi.

Agradecimiento

Quiero agradecerle a mi asesor de tesis por haberme apoyado durante la realización de esta investigación y paciencia que tuvo conmigo.

Agradezco a la Clínica Good Hope, lugar donde tuve la oportunidad de aprender muchos conocimientos. A todos los miembros de la clínica que me apoyaron tanto en lo personal, agradezco al Dr. Fernando Bautista Echazú por su incondicional ayuda y aliento en la realización de este trabajo por brindarme su tiempo y conocimiento para ayudarme a completar mi tesis.

RELACIÓN ENTRE CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS Y RIESGO DE DEPRESIÓN POSTPARTO EN PUÉRPERAS DE LA CLÍNICA GOOD HOPE NOVIEMBRE DE 2015.

RESUMEN

Objetivo: Determinar la relación existente entre características sociodemográficas y riesgo de depresión postparto en puérperas atendidas en el servicio de Ginecología y Obstetricia de la Clínica Good Hope, Miraflores - Lima, noviembre de 2015.

Materiales y métodos: Se realizó un estudio descriptivo, correlacional, observacional, transversal aplicando la escala de depresión postnatal de Edimburgo (EDPE) para detectar el riesgo DPP. La población estuvo conformada por la totalidad de mujeres que acudieron a dar a luz en la Clínica que cumplieron con los criterios de inclusión. Se encontró 110 puérperas que cumplieron con los criterios de inclusión, siendo seleccionadas por conveniencia. Para el procesamiento y análisis de datos, se diseñó una base de datos en Excel 2,010 y STATA version13, que permitió la elaboración de tablas de distribución de frecuencias y gráficos.

Resultados: Se encontró (Tabla1) que existe un riesgo de depresión postparto en 20% (riesgo límite 10,91% y probable depresión postparto 9,09%). Se encontró que el mayor porcentaje de puérperas 29% oscila entre las edades de 26 a 30 años. 96% estaban acompañadas por su pareja, ya sea conviviente o estar casadas. 60% eran primíparas. 88 % referían parto por cesárea. 96% poseían estudios superiores y 50% manifestaron embarazo planeado. No se encontró asociación entre el riesgo de DPP y las variables sociodemográficas.

Conclusiones: No existe asociación significativa entre el riesgo de Depresión Postparto y las características Sociodemográficas. Existe 20% de riesgo de DPP.

Palabras claves: Depresión postparto, Puerperio, Escala de depresión postnatal de Edimburgo.

ASBTRACT

Objective: To determine the relationship between sociodemographic characteristic and risk of postpartum depression in postpartum women treated at the service of Gynecology and Obstetrics of Good Hope Clinic Miraflores – Lima, November 2015.

Materials and Methods: A descriptive, correlational, observational, cross-sectional study using the scale of Edinburgh postnatal depression (EPDS) to detect the risk DPP was conducted. The population consisted of all the women who came to give birth in the clinic who met the inclusion criteria. 110 postpartum women who met inclusion criteria was found, being selected for convenience. For processing and data analysis, it designed a database in Excel and STATA version 13.2, 2010, which allowed the development of frequency distribution tables and graphs.

Results: (Table 1) found that there is a risk of postpartum depression in 20% (risk limit 10,91% and 9.09% probable postpartum depression) found that the highest percentage of new mothers 29% between the ages of 26 to 30 years. 96% were accompanied by their partners, whether they are married or cohabiting. 60% were primiparous. 88% reported cesarean delivery. 96% had higher education and 50% reported unplanned pregnancy. No association between the risk of DPP and sociodemographic variables was found.

Conclusions: There was no significant association between the risk of Postpartum Depression and sociodemographic characteristics. There is 20% risk of PPD.

Keywords: Postpartum Depression, Postpartum, Scale Edinburgh Postnatal Depression.

ÍNDICE

CAPÍTULO I: INTRODUCCIÓN	7
1.1 LÍNEA DE INVESTIGACIÓN Y LUGAR DE EJECUCIÓN.....	7
1.2 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	7
CAPÍTULO II	9
2.1 MARCO TEÓRICO	9
2.2 JUSTIFICACIÓN	15
2.3 OBJETIVOS.....	17
2.4 HIPÓTESIS.....	17
2.5 ANTECEDENTES.....	18
CAPÍTULO III	23
3.1 MATEARIALES Y MÉTODO.....	23
3.2 DISEÑO GENERAL DEL ESTUDIO.....	25
3.3 UNIVERSO DE ESTUDIO, TAMAÑO, MUESTRA, UNIDAD DE ANÁLISIS.....	25
3.4 CRITERIOS DE INCLUSIÓN Y EXCLUSIÓN	26
3.5 PROCEDIMIENTOS PARA GARANTIZAR LOS ASPECTOS ÉTICOS EN LA INVESTIGACIÓN CON SERES HUMANOS.....	26
3.6 RECOLECCIÓN DE DATOS	27
3.7 INSTRUMENTOS A UTILIZAR	27
3.8 ANÁLISIS DE RESULTADOS	28
CAPÍTULO IV.....	29
4.1 RESULTADOS	29
4.2 DISCUSIÓN	37
4.3 CONCLUSIONES.....	40
4.4 LIMITACIONES	40
BIBLIOGRAFÍA.....	41
ANEXOS	46

CAPÍTULO I: INTRODUCCIÓN

1.1 LÍNEA DE INVESTIGACIÓN Y LUGAR DE EJECUCIÓN

El presente estudio se encuentra dentro de una línea de investigación sobre la salud mental. El lugar de ejecución será en el servicio de Gineco- obstetricia de la Clínica Good Hope de Miraflores – Lima, Perú.

1.2 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

La depresión postparto (DPP) se puede definir como la presencia de todo trastorno depresivo que se manifiesta durante el primer año postparto. Puede iniciar 24 horas después del parto y durar meses e incluso años, caracterizada por un descenso del humor que termina en tristeza, acompañado de diversos síntomas y signos como inestabilidad emocional extrema, llanto, irritabilidad y fatiga que persisten por lo menos 2 semanas (1).

Desde el punto de vista etimológico, el término depresión deriva del latín “depressio”, que significa opresión, encogimiento o abatimiento. Desde el punto de vista psicológico es un síndrome caracterizado por tristeza profunda, con inhibición de las funciones psíquicas, y en ocasiones con trastornos neurovegetativos. Según el modelo médico, la psiquiatría describe la depresión como un trastorno del estado de ánimo, cuyo síntoma habitual es un estado de abatimiento e infelicidad que puede ser de carácter transitorio o permanente (2).

Durante el embarazo y el puerperio se 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 (3).

Estimaciones hechas por la Organización Mundial de la salud en el año 2002, mostraron que 154 millones de personas en el mundo sufren de depresión y que la carga que representa la enfermedad depresiva está aumentando. En efecto, se estima que para el año 2020, la depresión ocupara el segundo lugar en la carga global de enfermedades (4).

A nivel mundial la prevalencia de la DPP a lo largo de la vida fluctúa entre 10 y 20%, observándose mayores valores en madres adolescentes (26%), en los niveles

socioeconómicos más bajos (38,2%) y se encontraron valores mucho más altos en países en desarrollo que en países desarrollados. Se ha estimado que la tasa de recurrencia oscila entre 10% y 35% (5).

La importancia de estudiar la depresión postparto, radica en que este trastorno puede producir efectos a largo plazo sobre la madre, a quien puede conducir a tener pensamientos suicidas y de autodestrucción; y sobre los niños a su cargo que tendrán, en consecuencia, baja autoestima, problemas de motricidad, bajo rendimiento escolar, un vocabulario reducido y mostrarán problemas de actitud y sociabilización (6).

La DPP podría considerarse como una respuesta psicológica y física compleja a las demandas de la vida diaria, sin embargo en diversas culturas recibe escasa atención, a pesar de ser una patología muy frecuente y subdiagnosticada.

El desarrollo del siguiente estudio tiene por finalidad responder la siguiente pregunta:
¿Cuál es la relación existente entre características sociodemográficas y riesgo de depresión postparto en puérperas atendidas en el servicio de Ginecología y Obstetricia de la Clínica Good Hope de Miraflores - Lima, durante el periodo de noviembre del año 2015?

CAPÍTULO II

2.1 MARCO TEÓRICO

DEPRESIÓN POSTPARTO

La depresión posparto (DPP) según el manual de estadística y diagnóstico de desórdenes mentales (DSM-IV) la define como la presencia de cinco o más de los siguientes factores: ánimo deprimido, marcada disminución en el interés o placer en las actividades, alteraciones del apetito, alteraciones del sueño (insomnio y sueño fragmentado), agitación física o retardo psicomotor, fatiga, disminución de la energía, sentimientos de desesperanza o excesiva culpa, disminución de la concentración o habilidad para tomar decisión, ideación suicida que inicia dentro de las cuatro semanas después del parto (19).

También se puede llamar en ocasiones depresión postnatal o depresión puerperal. Esta enfermedad puede comenzar incluso a las 24 horas después del parto y puede durar meses o años (2).

EPIDEMIOLOGÍA Y ETIOLOGÍA

La prevalencia mundial de DPP a lo largo de la vida fluctúa entre 10 y 20 %, observándose mayores valores en madres adolescentes (26%) y en los niveles socioeconómicos más bajos (38,2%). Se ha estimado que la tasa de recurrencia oscila entre 10% y 35%. En América Latina los estudios describen una prevalencia de la enfermedad con rangos más amplios que oscilan entre el 2 y el 91%; es considerada en algunos de estos países como un problema de salud pública (5,10,13).

Durante la revolución psicofarmacológica en los años 1950's se planteó la relación entre los cambios hormonales de la mujer y la depresión postparto. Uno de estos cambios hormonales que se encuentra bien establecido por la investigación y que ocurre en el periodo post-parto es una brusca caída en los niveles de estrógenos y de progesterona. En el tercer día del post-parto, los estrógenos y la progesterona regresan a los niveles que había antes del embarazo. Las púerperas con los decrementos más bruscos tienen

más posibilidades de reportarse como deprimidas durante los 10 primeros días posteriores al parto. También se ha notado una relación entre estas rápidas caídas de los estrógenos luego del parto y marcados decrementos de los niveles de triptófano en plasma, mismos que correlacionan con el diagnóstico de depresión. Sin embargo esto, la mayoría de los científicos están de acuerdo en aseverar que las hormonas no están directamente relacionadas con la depresión postparto. Por ejemplo, algunos afirman que “no hay sustento para asociar directamente la progesterona y el tono emocional postnatal” (20).

Otro estudio refiere sobre la actividad de la prolactina durante el puerperio. Los niveles de prolactina forman una curva inversa a la de los niveles de estrógenos y progesterona durante el periodo post-parto, por lo que razonablemente se ha asumido que las madres que no amamantan a sus bebés y producen un rápido declive en su prolactina, podrían tener una depresión post parto. Sin embargo, este es un asunto que requiere de mayor investigación al momento. Así mismo se ha propuesto que el estrés psicobiológico y los cambios en los esteroides adrenales durante el post-parto, jueguen un papel en la depresión. No obstante, algunos científicos alegan que “no existe una asociación positiva entre la depresión postparto y los cambios en la concentración de esteroides (ej. cortisol)” (21).

También se han argumentado causas psicológicas. Reportan que las nuevas mamás manifiestan sentimientos de “inadecuación” respecto a su relación con el bebé. Datos más sistemáticos provienen de un estudio que utilizó una larga muestra de mujeres postnatales a las que se les aplicó un cuestionario de Actitudes Maternales (MAQ) para evaluar su opinión respecto a su rol y sus expectativas maternas. Los resultados mostraron que las mujeres con depresión postparto eran cognitivamente diferentes a las madres que no estaban deprimidas (22).

Otros estudios investigaron el efecto del peso corporal que se tiende a ganar después del embarazo y su asociación con la imagen corporal deseada y la autoestima. Algunos investigadores reportan que el bienestar psicológico de las mamás, muchas veces se estima a partir de su peso después de dar a luz. Así también, otras investigaciones

muestran que las mujeres con más peso reportan síntomas de depresión más frecuentemente (23,24).

FACTORES DE RIESGO

No se conocen desencadenantes específicos de los trastornos del estado de ánimo en el puerperio. No obstante, se han referido diversos factores asociados con su aparición, así tenemos, antecedentes psiquiátricos previos (depresión familiar o episodios depresivos anteriores); factores psicológicos, (relación con la pareja y la imagen de la madre ideal); factores psicosociales (apoyo percibido en relación a las tareas domésticas y el cambio de domicilio); factores sociodemográficos (edad, estado civil, nivel de estudios) y por último, factores de morbilidad (coexistencia de enfermedades crónicas en la madre, la presencia de alguna anomalía o enfermedad en el recién nacido y complicaciones médicas relacionadas con el embarazo) (25).

- **Factores psicológicos.** De acuerdo a los resultados de un estudio realizado por Vargas y García, algunos antecedentes significativos son el nivel de sobrecarga experimentado por los cuidados del bebé y la sensación respecto al cuerpo posterior al parto. Otros factores, son alteraciones emocionales severas previas a la gestación, poco frecuentes, pero pueden aumentar la probabilidad de afrontamiento disfuncional del embarazo (26).
- **Factores sociodemográficos.** Un estudio realizado por Segre, O" Hara, Arndt, y Stuart, mostraban que la prevalencia de la DPP se encontraba asociada a ingresos económicos, estado civil y número de hijos (27).
- **Factores Anamnésicos.** Se describen aquellas puérperas con historia de trastornos depresivos anteriores, historia familiar de trastornos del estado de ánimo, amenaza de aborto, imposibilidad de lactar o el cese temprano de la lactancia (28).

También se asocia con la pérdida gestacional recurrente siendo un evento traumático que impacta en forma negativa la percepción que tiene la mujer de los futuros eventos reproductivos, transformándose en un factor de riesgo para

la DPP. Además cada nueva gestación está cargada de emociones (ej. miedo, ansiedad), que desembocan en depresión perinatal si el duelo no es manejado a tiempo (29).

Otro factor asociado es el consumo de drogas durante el embarazo. Asimismo, diversos estudios dan importancia a la relación existente entre la presencia de sintomatología depresiva en mujeres gestantes y sus repercusiones sobre la calidad de vida en el embarazo (30).

En un estudio que evaluó a la sintomatología psiquiátrica en mujeres con un embarazo accidental frente a mujeres con un embarazo deseado, se encontraron mayores puntuaciones en escalas de DPP en mujeres con un embarazo accidental (31).

También se ha mencionado que el número de partos es un factor relacionado a DPP. Diversos estudios han concluido que el nacimiento del primogénito constituye un estrés notable y se correlaciona con la depresión de manera más estrecha que con los subsiguientes partos (25).

- **Factores familiares.** La calidad de la relación con el padre del último hijo, durante el embarazo se considera como un factor que tiene gran peso sobre DPP es estudios manifiestan que los síntomas depresivos elevados, están asociados perceptiblemente a conflictos familiares, baja educación materna, raza y/o pertenencia étnica maternal, salud física de la madre y crianza de los hijos (32).

CLASIFICACIÓN

Los trastornos del estado del ánimo dentro del puerperio se catalogan según síntomas y duración de los mismos, se clasifican de la siguiente manera:

- Depresión postparto leve o “Maternity Blues”
- Depresión postparto sin psicosis (DPSP)
- Psicosis puerperal (DPCP)

Depresión postparto leve o “Maternity Blues”.

Es este el nombre con el que actualmente se conocen los síntomas transitorios, depresivos y ansiosos, se trata de la alteración del estado de ánimo más común puesto que representa al 50 - 80% durante el postparto. Estos síntomas ocurren generalmente entre 2 a 4 días después del parto y su duración generalmente es corta, pero puede durar varios días, e incluso, semanas.

Se caracteriza por labilidad afectiva, irritabilidad, ansiedad y tristeza, mas no son lo suficientemente intensos para producir un deterioro significativo en la mujer que lo padece. No es necesario algún tratamiento farmacológico. Algunos estudios revelan que una mujer que presenta maternity blues tiene una probabilidad de 20% de desarrollar depresión mayor (25).

Depresión postparto sin psicosis

Se estima que este trastorno se presenta en 10 a 15% de las mujeres en el período de posparto, se inicia a las 2 a 3 semanas tras el nacimiento, con una duración de 4 a 6 semanas e incluso puede superar el año, sin un tratamiento adecuado. Los síntomas presentados se caracterizan por anhedonia, agotamiento físico, alteraciones del sueño y del apetito, dificultad para concentrarse e ideas de minusvalía sobre la crianza de su hijo (33,34,35).

Depresión Postparto con Psicosis

En la depresión postparto con psicosis, si se descarta la psicosis relacionada con enfermedades medicas con un sustrato somático clínico y/o fármacos, los síntomas psicóticos durante el postparto son, en la mayoría de los casos, síntomas de un trastorno afectivo sea uni o bipolar. Ocurren, de acuerdo a los criterios y tiempo utilizados para el diagnóstico, entre el 0.1 % y el 0.2 % del post-parto. En la Depresión Postparto con psicosis se evidencian alucinaciones visuales y olfativas, labilidad afectiva, desorientación y confusión. Además, contrastando este cuadro con la DPSP, hay mayor probabilidad de presentar ideas de agresión contra el hijo y que este pensamiento se lleve a cabo. Se asocia con esta patología casi 2/3 del total de filicidios (34).

- El tratamiento es básicamente farmacológico; se recomienda iniciar antipsicóticos típicos o atípicos, como el uso de moduladores del afecto. Se ha documentado la eficacia del carbonato de litio en la psicosis posparto. En esta alternativa, la lactancia debe interrumpirse. La terapia electroconvulsiva es bien tolerada y rápidamente efectiva (36).

ESCALA DE DEPRESION POSNATAL DE EDIMBURGO (EDPE)

Dada la importancia de la detección precoz de la DPP, Cox, (1987) diseñó y validó un cuestionario específico para su identificación en el sistema de atención primaria de salud, la Escala postnatal de Edimburgo (EDPE) se considera un instrumento confiable para ser utilizado en la detección temprana del trastorno depresivo. Ha sido traducido a más de diez idiomas y validado en diferentes países de culturas y lenguas diversas, incluyendo el Perú.

La escala de Edimburgo ha demostrado tener una especificidad de 99%, una sensibilidad de 78%. Dicha prueba ha sido validada en el 2002 (Perú) por Mazzotti con S= 84.2% y E=79.5%, con un puntaje de 13.5 (37).

Se puede ejecutar desde el puerperio inmediato para contribuir a una mejor efectividad en el diagnóstico precoz, en varios estudios se ha demostrado una mayor tasa de prevalencia de este problema, no porque haya aumentado, sino por haber sido diagnosticada oportunamente (38).

Instrucciones de uso:

- a. se les pide a la madre que escoja la respuesta que más se asemeje a la manera en que se sintió en los últimos 7 días anteriores.
- b. Tienen que responder las 10 preguntas.
- c. Se debe tener cuidado y evitar la posibilidad de que la madre hable sus respuestas con otras personas.
- d. La madre debe responder la escala ella misma, a no ser que tenga problemas para leer.

Pautas para la evaluación:

A las categorías de las respuestas se les da puntos de 0,1, 2 y 3 según el aumento de la gravedad del síntoma. Los puntos para las preguntas 3, 5, 6, 7, 8, 9, 10 se anotan en orden inverso (por ejemplo, 3, 2, 1, 0).

Se suman todos los puntos para dar la puntuación total. Una puntuación de 10+ muestra la probabilidad de una depresión, pero no su gravedad. Cualquier número que se escoja que no sea el "0" para la pregunta número 10, significa que es necesario hacer evaluaciones adicionales inmediatamente. La puntuación de la EDPE esta diseñada para asistir al juicio clínico.

2.2 JUSTIFICACIÓN

La Organización Mundial de la Salud (OMS) reveló que la depresión se volverá en la segunda causa de incapacidad en el mundo para el año 2020, detrás de las enfermedades isquémicas (infartos, coronariopatías, accidente cerebro vascular) mientras que en el año 2000 ocupaba el cuarto lugar. De modo que desde los distintos estamentos sanitarios se está potenciando la investigación para intentar abordar este trastorno mental, siendo que la prevalencia, lejos de disminuir, amenaza con acrecentar a medida que transcurra el siglo XXI (7).

Durante el embarazo y el puerperio acontecen 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. De manera que, resulta fundamental y muy beneficioso detectar este trastorno entre las puérperas, con el propósito que puedan aplicarse diversas técnicas de tamizaje que permitan identificar a aquellas puérperas con mayor necesidad de una valoración diagnóstica más completa (3).

Su aparición constituye un importante problema para la mujer y para el niño por cuanto influye en aquellas conductas que, con toda seguridad, inciden en la morbilidad y

mortalidad materna, así como en las del producto del embarazo, tanto así que algunos cuadros depresivos severos conducen al suicidio.

En Perú los estudios realizados referente a dicha patología son muy pocos, datos obtenidos en establecimientos de salud del primer nivel del MINSA en Lima Metropolitana en junio del 2004, mostraron que la prevalencia de depresión posparto diagnosticada por medio del test de Edinburg era del 33% y con la entrevista semi-estructurada de DSM IV se confirmaba una prevalencia de 24.1%. Se encontró además que el 60.9% presentaron factores estresantes, el 8.4% tenían baja autoestima, 23.8% no percibían apoyo social y 50% tuvieron blues posparto (8).

Debido a una elevada frecuencia de depresión posparto (DPP) reportada a nivel mundial, y que la mayor tasa de afección de DPP predomina mas en países subdesarrollados. Siendo en varias ocasiones no diagnosticados ni tratados por el profesional de salud (50% de los casos). El desarrollo del siguiente estudio permitirá proveer de datos de prevalencia de esta patología como un documento oficial, con la cual la Clínica Good Hope pueda tener conocimiento de su realidad y pueda analizar la posibilidad de aplicar o no tamizajes como es el test de Edimburgo, en beneficio de la propia paciente y su recién nacido.

2.3 OBJETIVOS

OBJETIVO GENERAL

Determinar la relación existente entre características sociodemográficas y riesgo de depresión postparto en puérperas atendidas en el servicio de Ginecología y Obstetricia de la Clínica Good Hope de Miraflores - Lima, durante el periodo noviembre del año 2015.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

1. Determinar la prevalencia de la depresión postparto en puérperas atendidas en la Clínica Good Hope de Miraflores - Lima.
2. Describir las características sociodemográficas de las puérperas en estudio.
3. Identificar la relación que existe entre la depresión postparto y las características sociodemográficas de las puérperas en estudio.

2.4 HIPÓTESIS

Ho: No existe relación entre características sociodemográficas y riesgo de depresión postparto en puérperas atendidas en el servicio de Ginecología y obstetricia de la Clínica Good Hope de Miraflores - Lima, durante el periodo setiembre - noviembre del año 2015.

Ha: Existe relación entre características sociodemográficas y riesgo de depresión postparto en puérperas atendidas en el servicio de Ginecología y obstetricia de la Clínica Good Hope de Miraflores - Lima, durante el periodo setiembre - noviembre del año 2015.

2.5 ANTECEDENTES

Urdaneta M., José. Y cols. Factores de riesgo de depresión posparto en puérperas venezolanas valoradas por medio de la escala de Edimburgo, 2009. Venezuela.

Este estudio se propuso determinar los factores de riesgo para DPP en puérperas atendidas en la Maternidad “Dr. Armando Castilla Plaza” del Hospital universitario de Maracaibo, Venezuela. Para ello se realizó una investigación descriptiva con diseño no experimental, mediante una muestra de 100 puérperas, evaluadas por la EDPE. Los resultados indicaron que había una prevalencia del test positivo del 91%, con una prevalencia de DPP confirmada mediante el DSM-IV del 22%. De las características evaluadas solo los trastornos médicos durante el embarazo, la enfermedad del neonato, no contar con el apoyo de su pareja, presentar antecedentes de depresión o melancolía o tener un nivel educativo primario o inferior, mostraron una asociación significativa con el desarrollo de DPP. El nacimiento mediante cesáreas y no contar con el apoyo familiar presentaron una asociación significativa con el riesgo de DPP; mientras que el parto vaginal o haber alcanzado un nivel educativo superior a la primaria mostraron tener un efecto protector (10).

Urdaneta M., José. Y cols. Prevalencia de depresión posparto en primigestas y multíparas valoradas por la escala de Edimburgo. Venezuela. 2010.

La presente investigación tuvo como objetivo Comparar la prevalencia de depresión posparto en primigestas y multíparas atendidas en la división de Obstetricia y Ginecología del Servicio Autónomo Hospital Universitario de Maracaibo, Venezuela. Se realizó una investigación comparativa con diseño no experimental que incluyó una muestra de 100 mujeres en puerperio tardío, divididas en dos grupos pares de 50 sujetos según paridad, evaluadas mediante la Escala de Depresión Posparto de Edimburgo. Los resultados determinaron que No hubo una asociación estadísticamente significativa entre paridad y depresión posparto (11)

Fuentes Zarate, Alicia Margarita y cols. Depresión postparto y factores de riesgo asociados. Estudio analítico en puérperas de 14 a 45 años de edad atendidas en

la consulta externa de los hospitales: General San Juan de Dios, Roosevelt, ginecología y obstetricia, Dr. Juan J. Arévalo Bermejo del instituto guatemalteco de seguridad social, mayo – junio. Guatemala. 2011.

El presente estudio tuvo como objetivo identificar los factores de riesgo de depresión postparto en puérperas de 14 a 45 años de edad atendidas en la consulta externa. Para ello se realizó un estudio analítico transversal, mediante la aplicación de la encuesta de riesgo psicosocial y de la escala de depresión postnatal de Edimburgo. Se incluyó una muestra de 586 pacientes, distribuida por conglomerados manteniendo la representatividad, de acuerdo a la población, en cada hospital. Se encontró una prevalencia de 15.5% para depresión postparto. El vivir en pobreza, con resolución del parto por vía abdominal, tener antecedente familiar de depresión y analfabetismo, son factores de riesgo asociados a escala de depresión postnatal de Edimburgo positiva en alguna de las diferentes submuestras, siendo este último el único con asociación estadísticamente significativa en la muestra total, por lo que se aceptan las hipótesis nulas relacionadas a dichos factores de riesgo (12).

Cuero Vidal, Olga L. Prevalencia de depresión posparto en el Hospital San Juan de Dios, Septiembre – Diciembre. Cali - Colombia. 2011.

Se realizó el siguiente estudio con el objetivo de determinar la prevalencia de depresión postparto en mujeres atendidas en el Hospital San Juan de Dios de Cali (HSJD) durante los periodos de setiembre y diciembre de 2011, e identificar los factores relacionados con la enfermedad. Se realizó en una muestra consecutiva de 149 mujeres que tuvieron un recién nacido sin complicaciones. Se halló una prevalencia de depresión posparto del 46,3% (IC 95%: 38,1-54,7) según la escala de Edimburgo. Entre las mujeres con puntaje positivo el 21% (IC 95%: 9,3-52,4) habían tenido ideas suicidas en la última semana. Se identificó una relación del antecedente de depresión previa con la depresión posparto (OR = 2,43; IC 95%: 1,14-5,18) (13).

Paiz Villela, Dulce R. Estudio descriptivo sobre el riesgo de depresión posparto evaluado mediante la Escala de Depresión Posnatal de Edimburgo en pacientes de 15 a 40 años ingresadas al servicio de maternidad del Hospital Regional de

Zacapa durante el período comprendido entre el 10 de agosto al 14 de septiembre. Guatemala. 2012.

La presente investigación objetivo fue determinar el riesgo de depresión postparto en las mujeres entre las edades de 15 a 40 años ingresadas para control del puerperio, tomando como parámetro de medición la Escala de depresión posnatal de Edimburgo (EDPE) y una boleta de recolección de datos. Los resultados indicaron que el riesgo de depresión posparto en la población estudiada fue de 36%; la población con mayor riesgo de este desorden se encuentra comprendida entre las edades de 15 a 25 años; las pacientes que se encontraban en el puerperio del primer o segundo hijo presentaron un riesgo mayor. Se observó que la diferencia entre vía de resolución del embarazo de las pacientes que presentaron riesgo de depresión posparto no fue mayor al 10% entre cesárea y parto. Se determinó que el 69% de las pacientes con riesgo de depresión posparto no tenían planeado el embarazo, además de que el nivel de escolaridad se encontraba entre primaria y secundaria (14).

Fernández Vera, Johalys K. Depresión posparto valorada mediante la escala de Edimburgo. Junio-setiembre. Venezuela. 2013.

Este estudio buscaba determinar la prevalencia de depresión posparto en puérperas atendidas en el Servicio de Obstetricia del Hospital General del Oeste “Dr. José Gregorio Hernández” de Caracas, durante el período comprendido entre junio y septiembre de 2013. Contaba con una muestra de 249 puérperas, aplicando la escala de depresión posparto de Edimburgo para detectar depresión postparto. Se obtuvo que la prevalencia de depresión posparto fue elevada en adolescentes (84,2%) y en adultas (81,5%), predominando la depresión posparto de grado moderada (2).

Vega Dienstmaier, J M y cols. Validación de una versión en español de la escala de depresión postnatal de Edimburgo. Actas Esp. Psiquiatria. Lima-Perú. 2002.

La presente investigación tuvo como objetivo validar una traducción al español de la escala de depresión postnatal de Edimburgo (EDPE) en mujeres peruanas que han dado a luz hace menos de un año. Se realizó en el Hospital Nacional Cayetano Heredia (Lima-Perú) con 321 mujeres que tenían menos de 325 días postparto y que acudieron a los consultorios de planificación familiar o llevaron a sus hijos a su control pediátrico.

Los resultados identificaron que el punto de corte óptimo de la EPDE para la población estudiada era 13,5; con este valor se obtuvo una sensibilidad de 84,21% y una especificidad de 79,47 para el diagnóstico de depresión mayor. Ninguna mujer con puntuación menor de 7,5 tuvo depresión mayor (sensibilidad y valor predictivo negativo 100%). Se concluye que la versión en español de la EDPE funcionó adecuadamente en mujeres peruanas (15).

Sologuren García, Gema y cols. Depresión post parto: Prevalencia de test de rastreo positivo en puérperas, Tacna - Perú. 2009.

La presente investigación tuvo como objetivo determinar la prevalencia del test positivo para la depresión postparto según la Escala de Depresión Postnatal de Edimburgo, en 480 puérperas que acudieron, durante los meses de julio a diciembre 2009, al Hospital Hipólito Unánue de Tacna (consultorio de obstetricia, consultorio de crecimiento y desarrollo, vacunación, consultorio de pediatría) se trata de un estudio descriptivo transversal cuya muestra estuvo formada por 480 puérperas. Donde obtuvieron que la prevalencia de depresión post parto fue de 37.5% (16).

Bao Alonso, María P. y cols. Prevalencia de depresión durante la gestación. Lima - Perú. 2010.

Este estudio incluyó a 203 embarazadas que acudieron al Consultorio Externo de Obstetricia del Hospital Nacional Cayetano Heredia entre los meses marzo-julio del 2004 en Lima, Perú. Tuvo por objetivo estimar la prevalencia de depresión durante la gestación y estudiar posibles factores asociados a ésta. Se registraron los datos personales, obstétricos, socioeconómicos y psiquiátricos de las gestantes, y se les aplicó la Escala de Depresión Postnatal de Edimburgo (EPDE). Los resultados indicaron que un 34,7% de las embarazadas tuvo puntajes de la EPDS $> 13,5$. La prevalencia estimada de depresión mayor en las pacientes gestantes, tomando en cuenta la sensibilidad y especificidad de la EPDE para el punto de corte 13,5, fue 22,25%. Los factores asociados a mayores niveles de depresión medidos con la EPDS fueron: ser soltera ($p < 0,001$), ausencia de educación superior ($p = 0,039$), embarazo no deseado por la pareja ($p = 0,004$) o por la paciente ($p = 0,021$) e historia de depresión previa a la gestación ($p = 0,003$). Conclusión: La prevalencia estimada de depresión durante la gestación en las

pacientes ambulatorias este estudio es más elevada que la encontrada en la literatura mundial en mujeres embarazadas y postparto, sin embargo, similar a la hallada en otro estudio realizado en el Perú con gestantes. Los factores asociados con mayores puntajes en la EPDE fueron ser soltera, no tener educación superior, no desear la gestación y haber presentado diagnóstico previo de depresión (17).

VERA DIAZ JARA, Eliana B. Factores de riesgos asociados a depresión postparto en puérperas del hospital regional docente de Trujillo. Perú. 2013.

El presente estudio tuvo por objetivo determinar los factores de riesgo asociados a depresión postparto en mujeres atendidas en el Hospital regional docente de Trujillo. La población del estudio estuvo conformada por 130 casos y 260 controles, a quienes se les realizó EDPE. Se encontró que los factores de riesgo asociados y su frecuencia en mujeres con depresión postparto fue: Edad materna menor de 20 años en 35,4%, instrucción no superior en 85,4%, estado civil soltera en 33,1%, edad gestacional pretérmino en 22,3%, condición de paciente primigesta en 70%, embarazo no deseado en 71,5% y eventos estresantes durante el último año en 50% (18).

CAPÍTULO III

3.1 MATEARIALES Y MÉTODO

3.1.1 Definiciones operacionales

Variable independiente:

- Factores de riesgo: Característica, condición, o circunstancia detectable que predispone la presentación de un evento.

Variable dependiente:

- Depresión Posparto: Trastorno/episodio depresivo de inicio en el postparto

VARIABLE	DEFINICION CONCEPTUAL	DEFINICION OPERACIONAL	TIPO DE VARIABLE	ESCALA DE MEDICION	Instrumento
Depresión postparto	Trastorno emocional caracterizado por sentimientos exagerados de tristeza, melancolía, abatimiento durante el postparto.	Se aplicara la Escala de depresión postparto de Edimburgo y se interpretará: -Sin riesgo de depresión (<10puntos). -Riesgo limite (10-12puntos). -Probable depresión (≥13puntos).	Cualitativa Dependiente	Nominal	Test de Edimburgo
Características Demográficas: Edad	Tiempo transcurrido en una persona, desde el nacimiento hasta la fecha.	Se preguntara verbalmente los años cumplidos que tiene la paciente, desde su nacimiento a la fecha y se clasificó según los siguientes rangos: 18-20a, 21-25 a, 26-30a, 31-35a, >36a.	Cualitativa Independiente	Nominal	Boleta de recolección de datos
Paridad	Número total de recién nacidos a término,	Se preguntara verbalmente la cantidad de gestaciones al	Cualitativa Independiente	Nominal	Boleta de recolección de datos

	pretérmino, abortos.	momento de la entrevista y se clasificara como: primípara, múltipara.			
Tipo de parto	El parto es el mecanismo por el cual una vez completado el desarrollo del nuevo ser, se produce la expulsión del feto desde el claustro materno al exterior.	Se preguntará verbalmente y se clasificará la resolución del embarazo: cesárea, vía vaginal	Cualitativa Independiente	Nominal	Boleta de recolección de datos
Estado civil	Es la condición de las personas determinada por sus relaciones de familia, provenientes del matrimonio, o tipo de unión con la pareja, que establece ciertos derechos y deberes.	Se preguntará verbalmente y se clasificará como: casada, soltera, conviviente, divorciada, viuda	Cualitativa Independiente	Nominal	Boleta de recolección de datos
Escolaridad	Máximo grado de instrucción alcanzado.	Se preguntará verbalmente y se clasificará: Primario, secundario, universitario, sin escolaridad	Cualitativa Independiente	Ordinal	Boleta de recolección de datos
Embarazo planeado	Definido como aquel estado de gravidez que ha sido buscado y/o previamente planificado por la pareja. deseado, no deseado	Se preguntará verbalmente y se clasificará: planeado, no planeado	Cualitativa Independiente	Nominal	Boleta de recolección de datos

3.2 DISEÑO GENERAL DEL ESTUDIO

El tipo de estudio es descriptivo correlacional, observacional transversal aplicando la escala de depresión postnatal de Edimburgo para detectar depresión postparto.

3.3 UNIVERSO DE ESTUDIO, TAMAÑO, MUESTRA, UNIDAD DE ANÁLISIS

Totalidad de mujeres que acudieron a dar a luz (vía vaginal o cesárea) en la Clínica Good Hope (área de Ginecología y Obstetricia) que cumplan con los criterios de inclusión, durante el periodo Noviembre del 2015.

MUESTRA

La muestra estuvo conformada por 110 puérperas que acudieron a dar a luz en la Clínica Good Hope y que cumplían con los criterios de inclusión durante el tiempo de estudio, siendo seleccionadas por conveniencia.

UNIDAD DE ANALISIS

Fue una puérpera atendida durante el puerperio inmediato/mediato que acudió a dar a luz en la Clínica Good Hope.

3.4 CRITERIOS DE INCLUSIÓN Y EXCLUSIÓN

CRITERIOS DE INCLUSION:

- Puérperas >18 años de edad que ingresan a dar a luz (vía parto vaginal o cesárea) durante el puerperio inmediato/mediato
- Mujeres puérperas con nacidos vivos.
- Deseo voluntario de participar en la investigación.
- Puérperas que contestaron todas las preguntas de la EPDE.

CRITERIOS DE EXCLUSION:

- Puérperas <18 años de edad que ingresan a dar a luz (vía parto vaginal o cesárea) durante el puerperio inmediato/mediato
- Mujeres puérperas con nacidos no vivos
- No deseo de participar en la investigación.
- Puérperas que no contestaron todas las preguntas de la EPDE.

3.5 PROCEDIMIENTOS PARA GARANTIZAR LOS ASPECTOS ÉTICOS EN LA INVESTIGACIÓN CON SERES HUMANOS

El Presente estudio se realizó tomando en cuenta la declaración de Helsinki I, en su última actualización en la 64ª Asamblea General, Fortaleza, Brasil, octubre 2013, promulgada por la Asociación Medica Mundial (AMM). (39)

Se conto además con el permiso del Comité de Investigación y Ética de la Clínica Good Hope y del permiso del servicio de Ginecología-obstetricia.

3.6 RECOLECCIÓN DE DATOS

Se solicitó la autorización al director de la Clínica Good Hope y al jefe del Servicio de Gineco-obstetricia por medio de una carta para poder ingresar al servicio de Obstetricia y para poder trabajar con la población ingresada, además se solicitará autorización verbal a las pacientes ingresadas que cumplan con los criterios de inclusión y exclusión para ser aplicada en ellas la escala antes mencionada y la boleta de recolección de datos diseñada para la medición.

3.7 INSTRUMENTOS A UTILIZAR

Para determinar el riesgo de depresión postparto se utilizó la Escala de Depresión Postnatal de Edimburgo (EDPE).

Este test consiste en un registro de auto aplicación, que consta de 10 preguntas con cuatro opciones de respuesta cada uno; las opciones tienen un puntaje que varía de 0 a 3 puntos, de acuerdo a la severidad de los síntomas, de modo que al final de la prueba, el puntaje varía entre 0 a 30 puntos. La escala mide la intensidad de los síntomas depresivos; 5 de estas preguntas incluyen la disforia, 2 están relacionados con la ansiedad, 1 con el sentimiento de culpa, 1 con las ideas suicidas y 1 con la dificultad de concentración. Según los resultados obtenidos, las puérperas se clasificaron en tres grupos:

- EPDS menor que 10: sin riesgo de depresión posparto
- EPDS 10 - 12: puntaje límite para riesgo de depresión
- EPDS mayor o igual a 13: puntaje indicador de probable depresión.

Como instrumentos de recolección de datos se contó con una boleta, en donde se registró la información específica para evaluar los parámetros sociales presentes en las pacientes y que además predisponen a padecer dicho trastorno, constando esta de 6 preguntas.

3.8 ANÁLISIS DE RESULTADOS

El análisis incluyó estadística descriptiva, correlacional y análisis bivariado.

Para el procesamiento y análisis de datos, se diseñó una base de datos en Excel 2010 y STATA version13, que permitió la elaboración de tablas de distribución de frecuencias y gráficos.

Se utilizó la estadística descriptiva como: frecuencia, porcentaje para el análisis de los datos.

La prevalencia de estudio se halló determinando el cociente del número de casos de puérperas con riesgo de depresión postparto entre el número total de puérperas durante el mes de noviembre que acudieron a dar a luz a la clínica Good Hope durante el mes de noviembre de 2015.

Se analizaron las variables categóricas las cuales resultaron ser de tendencia no Normal, por lo cual se aplicó el test de Fisher. La significancia estadística fue con un nivel de confianza de 95% y un error máximo aceptable de 5%.

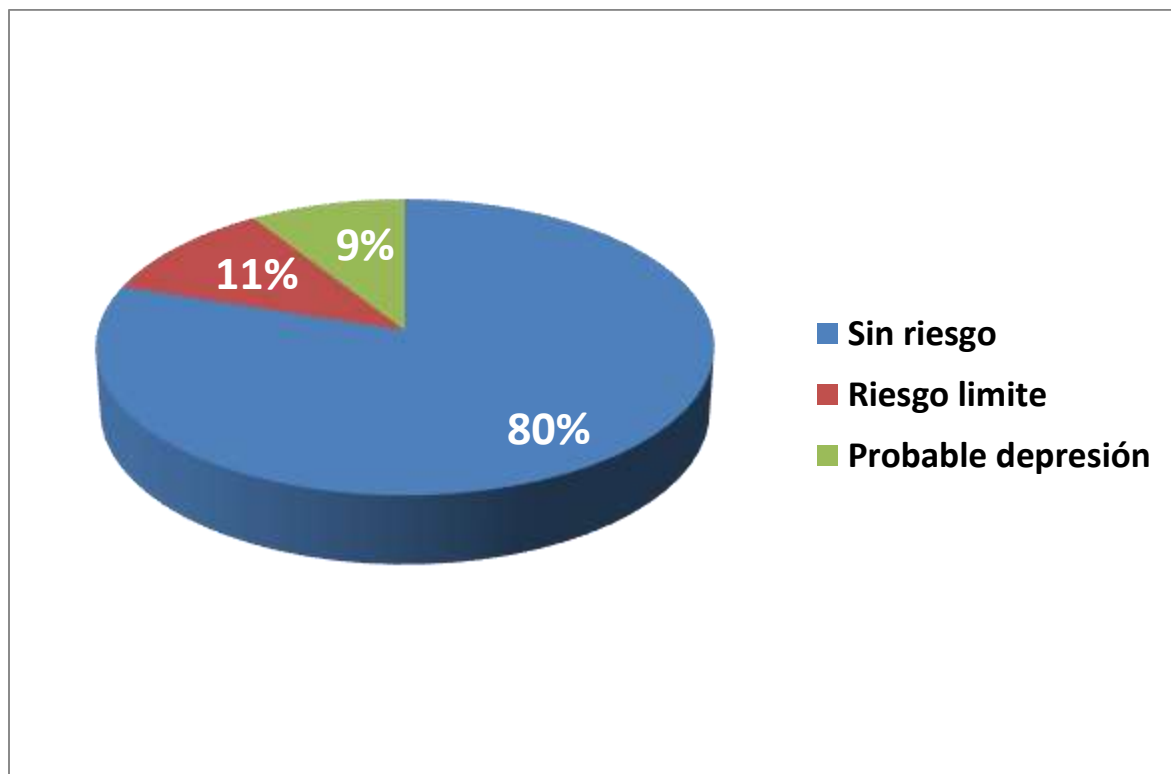
Para determinar la relación entre las características sociodemográficas y la depresión postparto se empleó el valor de p, el cual nos indicó si la asociación encontrada se debió al azar o no. Los valores menores a 0,05 son estadísticamente significativos, mientras que aquellos mayores a 0,05 no serán estadísticamente significativos y se describirán en los resultados.

CAPÍTULO IV

4.1 RESULTADOS

- Determinar la prevalencia de depresión puerperal en las pacientes puérperas atendidas en la Clínica Good Hope.
- De acuerdo a la ficha de recolección de datos y cuestionario (Escala de depresión postnatal de Edimburgo) realizados a las puérperas de la Clínica Good Hope, se desprende lo siguiente.

Figura 1. Riesgo de Depresión Postparto en puérperas de la Clínica Good Hope. Miraflores-Lima, Noviembre 2015.

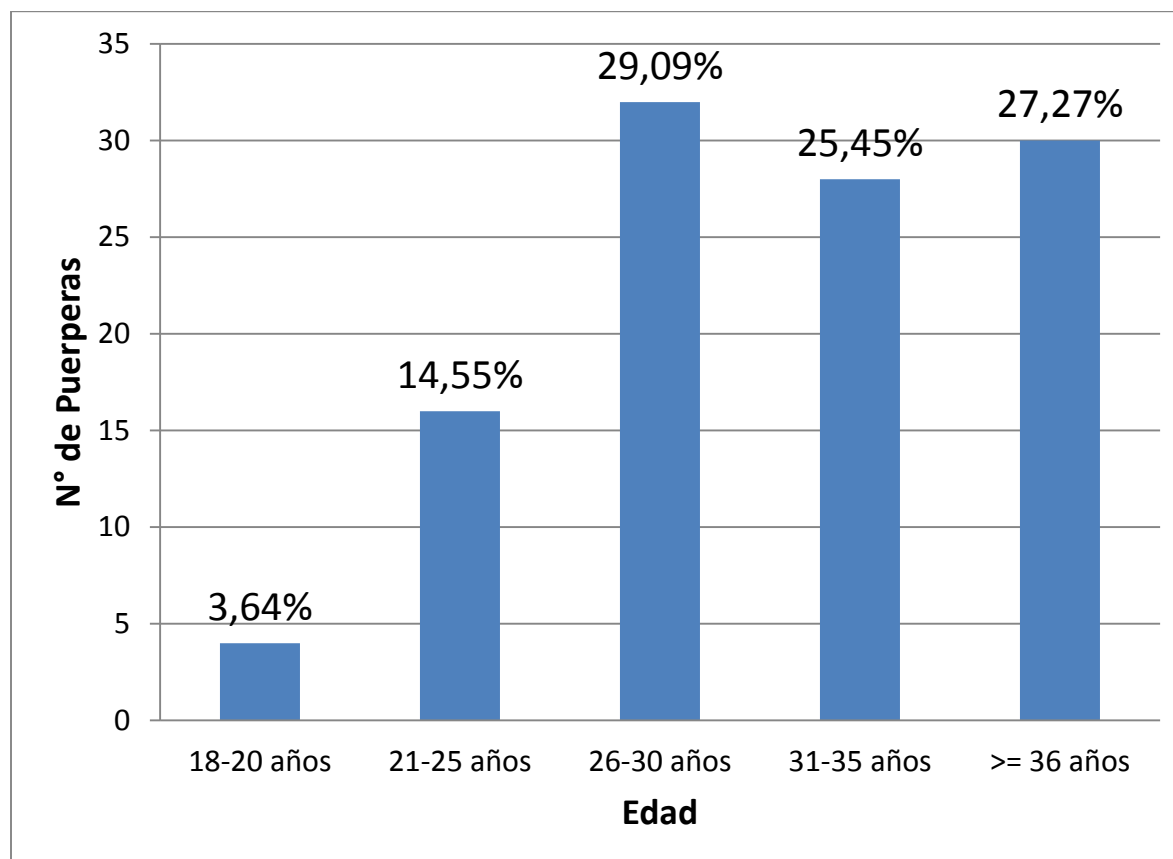


Fuente: Encuesta y cuestionario realizado a las puérperas de la Clínica Good Hope.

La Figura 1. muestra los resultados de las puérperas según depresión postparto en la Clínica Good Hope, los resultados reportaron que existe riesgo de depresión postparto en un 20% (riesgo límite en 12 (10,91%) puérperas y 10 (9,09%) puérperas con probable

depresión postparto) y la mayor concentración alcanzó 88 (80%) puérperas quienes no tuvieron el riesgo de depresión durante el puerperio.

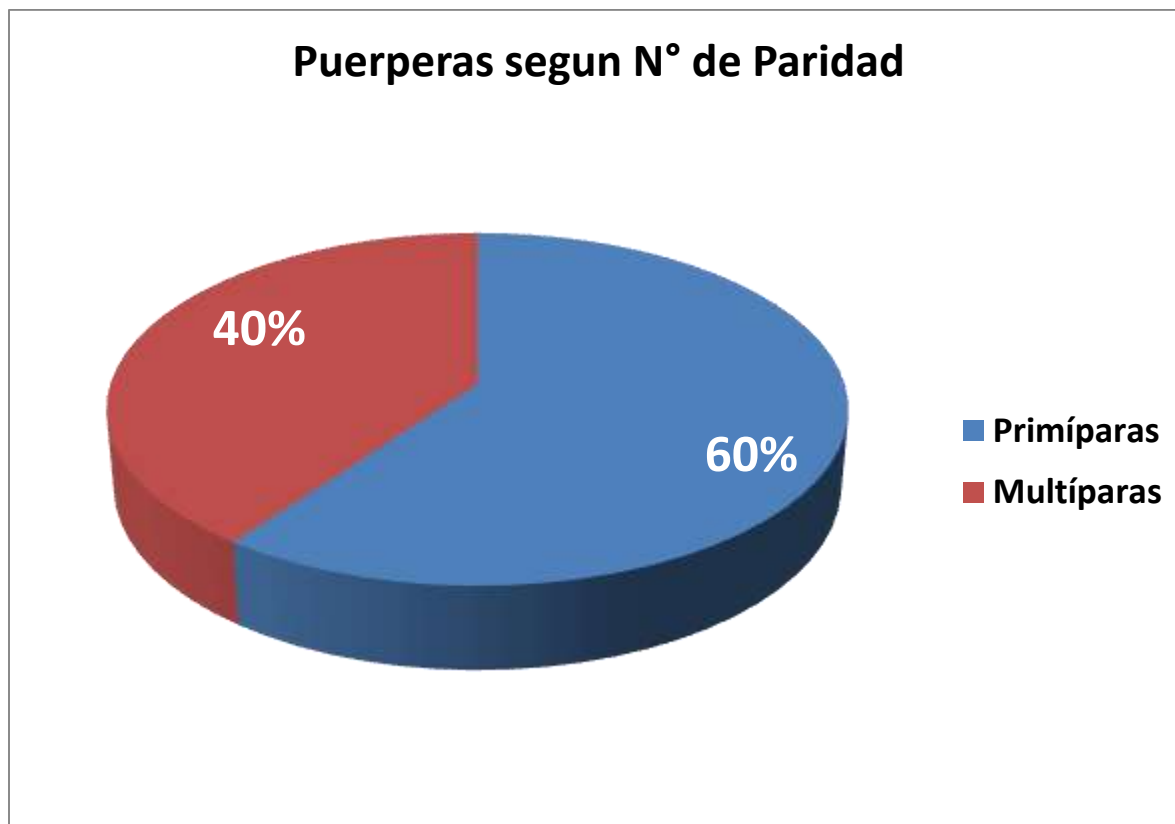
Figura 2. Puérperas según Edad, Clínica Good Hope, Miraflores - Lima, Noviembre 2015.



Fuente: Encuesta y cuestionario realizado a las puérperas de la Clínica Good Hope.

La Figura 2. muestra los resultados según edad de las puérperas de la Clínica Good Hope de Miraflores-Lima. Los resultados reportaron una mayor concentración entre los 26 a 30 años de edad alcanzando 29,09% (32 puérperas); 27,27%(30 puérperas) se ubicaron de 36 años en adelante; 25,45% (28 puérperas) entre 31 a 35 años; 14,55% (16 puérperas) entre 21 a 25 años y 3,64% (4puérperas) entre los 18 a 20 años de edad.

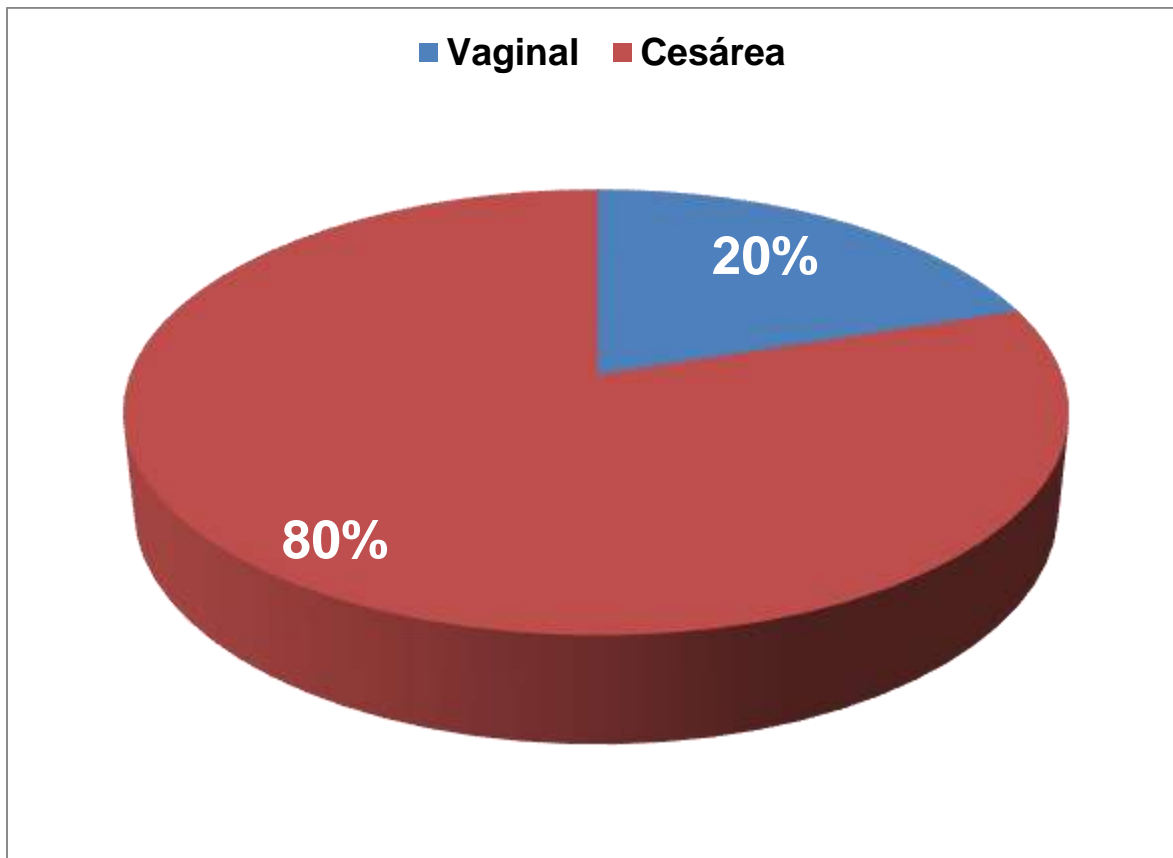
Figura 3. Puérperas según N° de Paridad, Clínica Good Hope, Miraflores - Lima, Noviembre 2015.



Fuente: Encuesta y cuestionario realizado a las puérperas de la Clínica Good Hope.

La Figura 3. muestra los resultados según N° de paridad de las puérperas de la Clínica Good Hope. Los resultados reportaron una mayor concentración en primer hijo vivo (primíparas) alcanzando 60% (66 puérperas) y más de dos hijos vivos (multíparas) 40% (44 puérperas).

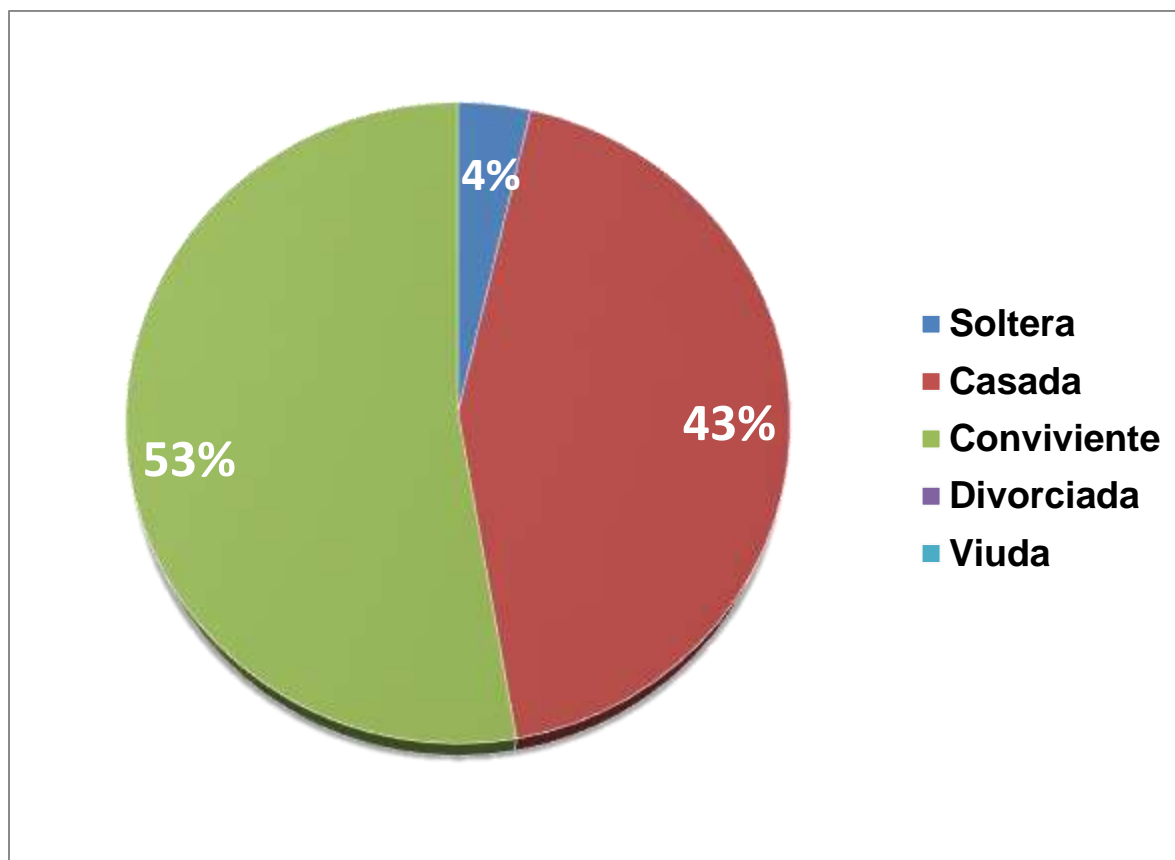
Figura 4. Puérperas según vía de resolución del último embarazo, Clínica Good Hope, Miraflores - Lima, Noviembre 2015.



Fuente: Encuesta y cuestionario realizado a las puérperas de la Clínica Good Hope.

La Figura 4. muestra los resultados según vía de resolución de último embarazo de las puérperas de la Clínica Good Hope. Los resultados reportaron una mayor concentración en tipo de parto por cesárea en el 80% (88 puérperas) y de tipo de parto vaginal en 20% (22 puérperas).

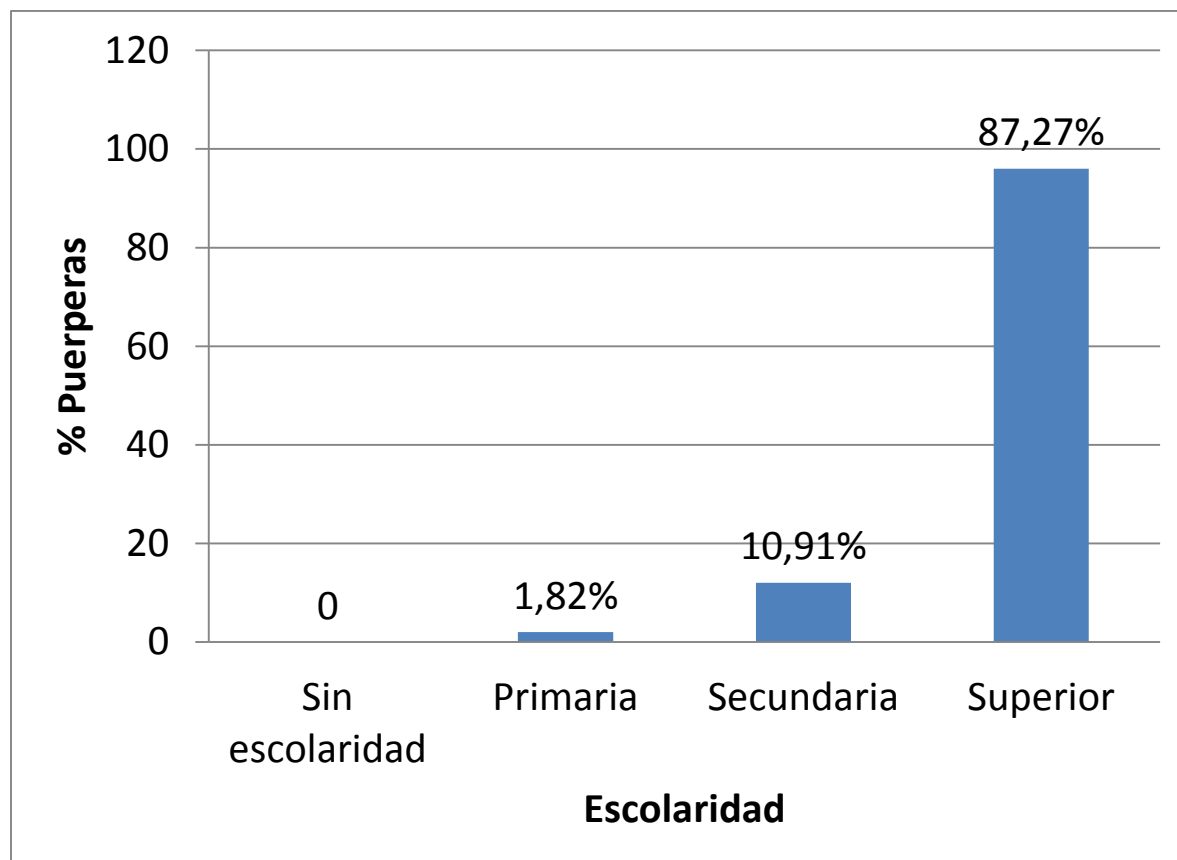
Figura 5. Puérperas según estado civil, Clínica Good Hope, Miraflores - Lima, Noviembre 2015.



Fuente: Encuesta y cuestionario realizado a las puérperas de la Clínica Good Hope.

La Figura 5 muestra los resultados según estado civil de las puérperas de la Clínica Good Hope. Los resultados reportaron una mayor concentración en estado civil conviviente alcanzando 52,73% (58 puérperas), estado civil casada 43,64% (48 puérperas), soltera 3,64% (4 puérperas) y no se obtuvo ninguna puérpera divorciada ni viuda.

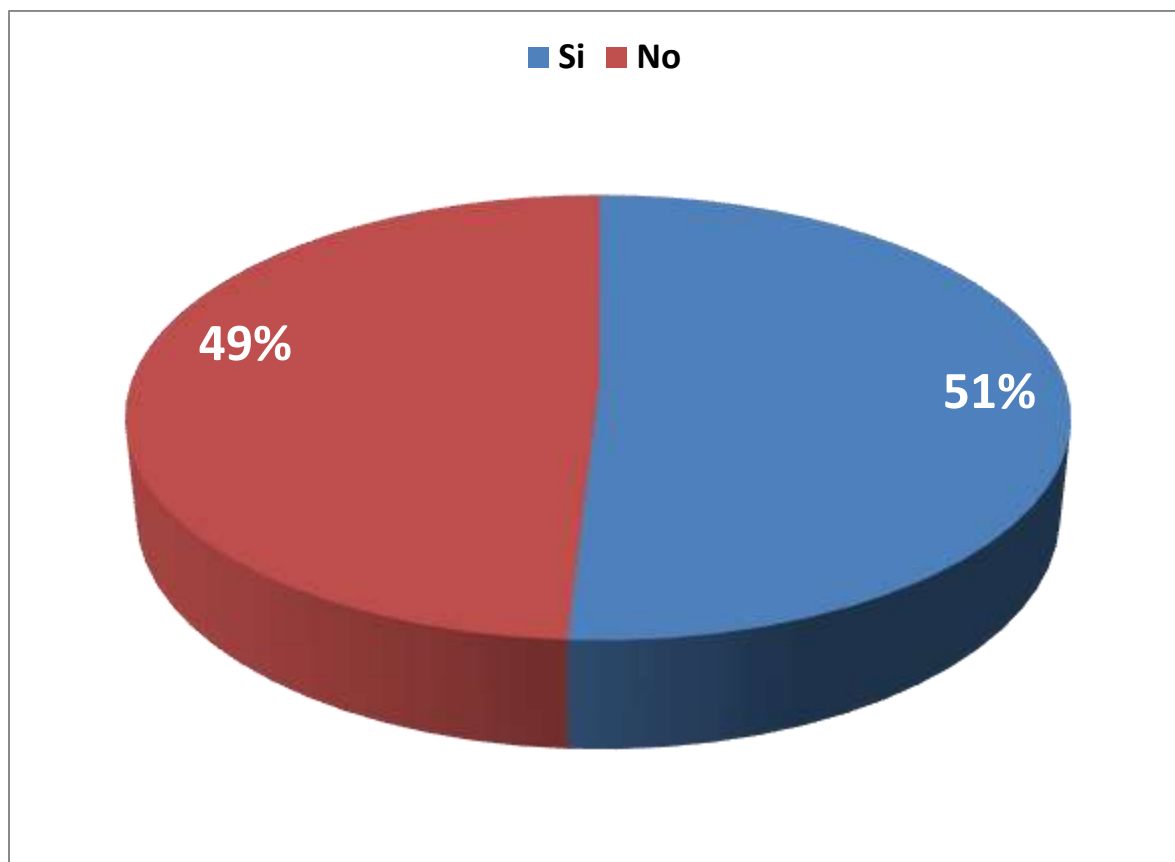
Figura 6. Puérperas según escolaridad, Clínica Good Hope, Miraflores - Lima, Noviembre 2015.



Fuente: Encuesta y cuestionario realizado a las puérperas de la Clínica Good Hope.

La Figura 6. muestra los resultados según escolaridad de las puérperas de la Clínica Good Hope. Los resultados reportaron una mayor concentración en escolaridad superior alcanzando 87,27% (96 puérperas), secundaria 10%(12 puérperas) y primaria1,82% (2 puérperas).

Figura 7. Puérperas según embarazo planeado, Clínica Good Hope, Miraflores - Lima, Noviembre 2015.



Fuente: Encuesta y cuestionario realizado a las puérperas de la Clínica Good Hope.

La Figura 7. muestra los resultados según embarazo planeado de las puérperas de la clínica Good Hope. Los resultados reportaron una mayor concentración en tipo de embarazo planeado alcanzando 50,91% (56 puérperas) y embarazo no planeado se ubicó en 49,09% (54 puérperas).

Figura 8. Asociación entre la Depresión Postparto y las características sociodemográficas de las puérperas de la Clínica Good Hope, Miraflores-Lima, Noviembre 2015.

ASOCIACION	Fisher´s exact	Significancia P < 0,05
Depresión Postparto y Edad	0,078	No
Depresión Postparto y N° de Paridad	0,430	No
Depresión Postparto y vía de resolución del último embarazo	0,326	No
Depresión Postparto y estado civil	0,797	No
Depresión Postparto y escolaridad	0,653	No
Depresión Postparto y embarazo planeado	0,502	No

Fuente: Encuesta y cuestionario realizado a las puérperas de la Clínica Good Hope.

El cuadro muestra los resultados de la relación entre la depresión postparto y las características sociodemográficas en las puérperas de la Clínica Good Hope. Los resultados mostraron que según el test exacto de Fisher no existe asociación significativa entre **Depresión postparto** y las características sociodemográficas: **Edad, N° de Paridad, vía de resolución del último embarazo, estado civil, escolaridad y embarazo planeado**, en las puérperas de la Clínica Good Hope, Miraflores-Lima, Noviembre 2015.

4.2 DISCUSIÓN

La depresión postparto (DPP) se puede definir como la presencia de todo trastorno depresivo que se manifiesta durante el primer año postparto. Puede iniciar 24 horas después del parto y durar meses e incluso años, caracterizada por un descenso del humor que termina en tristeza, acompañado de diversos síntomas y signos como inestabilidad emocional extrema, llanto, irritabilidad y fatiga que persisten por lo menos 2 semanas (1).

Durante el embarazo y el puerperio acontecen transformaciones anatómicas, funcionales y cambios en el estado emocional que debe ser tomado en cuenta por los profesionales de la salud en los controles rutinarios (pediátricos o ginecológicos) ya que esta condición predispone a la puérpera a desequilibrios en la esfera psíquica de la mujer que debemos detectar prontamente (3). La DPP se da entre el 10-20; y se ha estimado que la tasa de recurrencia oscila entre 10% y 35%((5,10,13).

En la presente tesis se investigó la relación entre las características sociodemográficas y riesgo de depresión postparto en puérperas de la clínica Good Hope, se realizó un estudio de tipo descriptivo correlacional, diseño observacional de corte transversal que incluyó a 110 mujeres que cursaban el postparto inmediato/mediato y que cumplían con los criterios de inclusión.

Con base en esto se trató de determinar la relación existente entre características sociodemográficas y riesgo de depresión postparto en puérperas atendidas en dicha clínica, además de determinar la prevalencia de Depresión Postparto según la Escala de Depresión postnatal de Edimburgo y describir las características las características sociodemográficas de las puérperas en estudio.

Con respecto al primer objetivo, determinar la prevalencia de depresión puerperal en las pacientes puérperas que acudieron a dar a luz en la Clínica Good Hope, se encontró (Tabla1) que existe un riesgo de depresión postparto en 20% (riesgo limite 10,91% y probable depresión postparto 9,09%), cifra que es inferior a la encontrada en un trabajo realizado en una población similar en mujeres atendidas en la Maternidad "Dr. Armando

Castillo Plaza” del Hospital Universitario de Maracaibo, Venezuela donde se encontró que la prevalencia general de depresión postnatal fue de 91% (10) y a la encontrada por Sologuren en el Hospital Hipólito Unanue el año 2009 en la ciudad de Tacna-Perú, quien usando la escala de Edimburgo en 480 puérperas concluyo que la prevalencia de depresión postparto fue de 37,5% (16).

No obstante resulta difícil establecer la prevalencia real de la DPP, porque los estudios difieren considerablemente en relación a la metodología utilizada y a las poblaciones analizadas, pero puede aceptarse que la frecuencia mundial de esta entidad oscila entre 10 a 20 % de las puérperas según autores (5) y el estudio que se realizó se encuentra dentro de lo esperado.

Con respecto al segundo objetivo, describir las características sociodemográficas de las pacientes puérperas se encontró (tabla N° del 2 al 7) que el mayor porcentaje de puérperas 29% oscila entre las edades de 26 a 30 años. Se encontró una mayor frecuencia de primíparas (60,0%). Se encontró que el 88% refirieran parto por cesárea. Un 96% estaban acompañadas por su pareja, ya sea conviviente o por encontrarse casadas. Un 96% de las puérperas encuestadas poseía estudios superiores. Un 50% de las madres estudiadas ha manifestado que su último embarazo fue planeado no existiendo una diferencia de 10% con respecto al embarazo no planeado.

Se ha encontrado que las más afectadas son las jóvenes. Sin embargo ésta no se encontró asociada a la depresión postparto.

Se encontró que el estudio realizado por Vera en el Hospital regional docente el año 2013 en la ciudad de Trujillo-Perú, titulada “Factores de riesgos asociados a depresión postparto en puérperas” reportaron que la condición de paciente primigesta fue alrededor de 70% similar a lo encontrado en nuestro estudio. Sin embargo se tienen resultados que difieren con los obtenidos por Vera quien reporta que los factores de riesgo asociados con depresión postparto fueron edad materna <20 años (35,4%), instrucción no superior (85,4%), estado civil soltera (33,1%), embarazo no deseado (71,5%) (18).

Estos resultados nos condujeron a cumplir con el tercer objetivo, identificar la relación que existe entre el riesgo de depresión postparto y las características sociodemográficas

de las puérperas en estudio; los resultados encontrados mostraron que no existe una asociación significativa entre el riesgo de Depresión Postparto y las características sociodemográficas: Edad, N° de paridad, Vía de resolución del último embarazo, estado civil, escolaridad y embarazo planeado. Resultados similares a lo reportado por un trabajo realizado por Quelopana, A. el año 2010, en Arica - Chile; titulado: Validación del Cuestionario "Postpartum Depression Screening Scale" en donde los resultados demostraron que el 46,4% de las mujeres presentaron síntomas significativos de DPP (40).

No solo se pudo apreciar el cuadro depresivo en las pacientes estudiadas caracterizada por una caída del estado de ánimo, sino también por una alta frecuencia de alteraciones somáticas en la cual se destaca el síntoma fatiga o falta de energía (según propiamente lo manifestaron espontáneamente algunas pacientes al momento de la realización de las encuestas).

4.3 CONCLUSIONES

- No existe asociación significativa entre el riesgo de Depresión Postparto y las características Sociodemográficas: Edad, N° de paridad, Vía de resolución del último embarazo, estado civil, escolaridad y embarazo planeado.
- Los resultados reportaron un 20% de riesgo de depresión postparto en las puérperas en estudio.
- Se encontró que el mayor porcentaje de puérperas 29% oscila entre las edades de 26 a 30 años. 96% estaban acompañadas por su pareja, ya sea conviviente o por encontrarse casadas. 60% eran primíparas. 88 % referían parto por cesárea. 96% poseían estudios superiores y 50% manifestaron embarazo planeado.

4.4 LIMITACIONES

- Dentro de las limitaciones se puede encontrar que el tipo de población en estudio se encuentra enmarcada en un sector socioeconómico que le permite acceder a beneficios en salud como un seguro de salud particular, lo cual posiblemente enmascare variables que pudieran estar relacionadas con la depresión postparto si se hallara mayor diversidad en la población. Sin embargo esta característica pudiera aprovecharse para la realización de estudios comparativos de DPP según estatus económico.

BIBLIOGRAFÍA

1. Fuentes Zarate Alicia Margarita, Méndez Palma Karen Massiel, Valenzuela Valdez Jorge David, Valdez Morales Iris Eunice. Depresión postparto y factores de riesgo asociados. Tesis de bachiller. Guatemala. Universidad de san carlos. 2011.
2. Fernández Vera Johalys Karina, Iturriza Natale Alejandra Teresa, Toro Merlo Judith, Valbuena Rosalba. Depresión posparto valorada mediante la escala de Edimburgo. Rev Venez Obstet Ginecol 2014; 74(4): 229-243.
3. Pérez R, Sáez K, Alarcón L, Avilés V, Braganza I, Coleman J. Variables posiblemente asociadas a depresión posparto, según escala Edimburgo. Rev Obstet Ginecol Venez 2007; 67(3):187-191.
4. Jadresic M Enrique. Depresión en el embarazo y el puerperio. Rev. chil. neuro-psiquiatr 2010; 48(4): 269-278.
5. Mendoza B. Constanza, Saldivia Sandra. Actualización en depresión postparto: el desafío permanente de optimizar su detección y abordaje. Rev. méd. Chile 2015; 143(7): 887-894.
6. Breese McCoy SJ. Postpartum depression: an essential overview for the practitioner. Southern Medical Journal 2011; 104(2): 128-132.
7. Fernández Vera Johalys Karina, Iturriza Natale Alejandra Teresa, Toro Merlo Judith, Valbuena Rosalba. Depresión posparto valorada mediante la escala de Edimburgo. Rev Venez Obstet Ginecol 2014; 74(4): 229-243.
8. Aramburú Pilar, Arellano Rosalyn, Jáuregui Sandra, Pari Lizbeth, Salazar Pablo, Sierra Oswaldo. Prevalencia y factores asociados a depresión posparto en mujeres atendidas en establecimientos de salud del primer nivel de atención en Lima Metropolitana, junio 2004. Revista Peruana de Epidemiología 2008; 12(3): pp. 1-5.
9. Almanza Muñoz J., Salas Cruz C., Olivares Morales A. Prevalencia de depresión posparto y factores asociados, en pacientes puérperas de la Clínica de Especialidades de la Mujer. Rev Sanid Milit Mex 2011; 65(3): 78-86.

10. Urdaneta M José, Rivera S Ana, García I José, Guerra V Mery, Baabel Z Nasser, Contreras B Alfi. Factores de riesgo de depresión posparto en puérperas venezolanas valoradas por medio de la escala de Edimburgo. Rev. chil. obstet. Ginecol 2011; 76(2): 102-112.
11. Urdaneta M José, Rivera S Ana, García I José, Guerra V Mery, Baabel Z Nasser, Contreras B Alfi. Prevalencia de depresión posparto en primigestas y multíparas valoradas por la escala de Edimburgo. Rev. chil. obstet. Ginecol 2010; 75(5): 312-320.
12. Fuentes Zarate Alicia Margarita, Méndez Palma Karen Massiel, Valenzuela Valdez Jorge David, Valdez Morales Iris Eunice. Depresión postparto y factores de riesgo asociados. Tesis de bachiller. Guatemala. Universidad de san carlos, 2011.
13. Cuero Vidal Olga Lucía, Díaz Marín Angélica María. Prevalencia de depresión posparto en el Hospital San Juan de Dios, Cali, Colombia. Septiembre-Diciembre, 2011. Rev Colomb Obstet Ginecol 2013; 64(4): 371-378.
14. Paiz Villela, Dulce R. Estudio descriptivo sobre el riesgo de depresión posparto evaluado mediante la Escala de Depresión Posnatal de Edimburgo en pacientes de 15 a 40 años ingresadas al servicio de maternidad del Hospital Regional de Zacapa durante el período comprendido entre el 10 de agosto al 14 de septiembre. Guatemala. 2012. Tesis de bachiller. Guatemala. Universidad de san carlos, 2012.
15. Vega Dienstmaier y cols. Validación de una versión en español de la escala de depresión postnatal de Edimburgo. Actas Esp Psiquiatr 2002; 30(2): 106-111.
16. Sologuren García Gema, Linares Torres Carmen, Vega Adrianzen Paul E. Depresión post parto: Prevalencia de test de rastreo positivo en puérperas. Tacna 2009. Revista Ciencia y Desarrollo 2011; 13: 118-120.
17. Bao Alonso María del Pilar, Vega Dienstmaier Johann M., Saona Ugarte Pedro. Prevalencia de depresión durante la gestación. Rev Neuropsiquiatr 2010; 73 (3): 95-103.

18. Vera Díaz Jara, Eliana B. Factores de riesgos asociados a depresión postparto en puérperas del hospital regional docente de Trujillo. Tesis de bachiller. Trujillo, Perú. Universidad Nacional de Trujillo, 2013.
19. The diagnostic and statistical manual of mental disorders. 4th ed. DSM-IV. Washington, D.C.: American Psychiatric Association; 1994.
20. Harris, B., Lovett, L., Smith, J., Read, G., Walker, R. and Newcombe R. Cardiff puerperal mood and hormone study. III. Postnatal depression at 5 to 6 weeks postpartum, and its hormonal correlates across the peripartum period. *British Journal of Psychiatry* 1996; 168:739-744.
21. Gregoire, A. J. P., Kumar, R., Everitt, B., Henderson, A F. and Studd, J. W. W. Transdermal oestrogen for treatment of severe postnatal depression. *Lancet* 1996; 347: 930-33
22. Warner R., Appleby L., Whitton, A. and Faragher B. Attitudes toward motherhood in postnatal depression: Development of the maternal attitudes questionnaire. *J. Psychosom. Res* 1997; 43(4): 351-358.
23. Jenkin, W. and Tiggemann, M. Psychological effects of weight retained after pregnancy. *Women & Health* 1997; 25: 89- 98.
24. Walker, L. O. Weight and weightrelated distress after childbirth: Relationships to stress, social support, and depressive symptoms. *Journal of Holistic Nursing* 1997; 15(4): 389-405.
25. Bustos Rementería Stephanie y Jiménez Ponce Nataly. Factores de riesgo asociados a la depresión post parto, en mujeres que asisten a centros de atención primaria en la ciudad de Arica – Chile. *Psiquiatría Y Salud Mental* 2013; xxx, N° 1, 38 - 49.
26. Vargas M., y García J. Depresión Post-Parto: Presencia y manejo Psicológico. *Centro Regional de Investigación en Psicología* 2009; 3(1): 11-18.
27. Segre L., O" Hara M., Arndt S., y Stuart S. The prevalence of postpartum depression. The relative significance of three social status. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol.* 2007; 42(6):316–321.
28. Thoppil J., Riutcel T. y Nalesnik S. Early intervention for Perinatal Depression. *Am J Obstet Gynecol* 2005; 192 (5): 1446-8.

29. Arranz L., Gaviño A. y Escobedo A. Depresión Posparto en pérdida gestacional recurrente. Presentación de un caso. *Revista de Especialidades Médico Quirúrgicas* 2005; 10(3): 71-73.
30. Nicholson W., Setse R., Hill-Briggs F., Cooper L., Strobino D. y Powe N. Depressive symptoms and health-related quality of life in early pregnancy. *Journal Obstetric and Gynecology* 2006; 107(4): 798-806.
31. Marín M., Bullones R., Carmona M., Carretero A., Moreno M. y Peñacoba P. Influencia de los factores psicológicos en el embarazo, parto y puerperio. Un estudio longitudinal. *Revista Nure Investigación* 2008; 37(1): 1-15.
32. MacCue S., Briggs Gowan M., Storfer A. y Carter A. Prevalence, Correlates, and Persistence of Maternal Depression. *J Womens Health* 2007; 16(5): 678-691.
33. Winser K., Parry S. y Piontek C. Postpartum depression. *New England journal of medicine* 2002; 347(3): 194-199.
34. Orejarena S. Trastornos afectivos posparto. *Revista Médica UNAB, Colombia* 2004; 7 (20); 134-139.
35. Oviedo G. y Mondragón V. Trastornos afectivos posparto. *Universitas Médica* 2006; 47(2): 131-140.
36. Reed, P et al. Paroxetine in human milk. *British journal clinic Pharmacology* 1999; 54(3): 255.
37. Aramburú P., Arellano R., Jáuregui S., Pari L., Salazar P. y Sierra O. Prevalencia y factores asociados a depresión posparto en mujeres atendidas en establecimientos de salud del primer nivel de atención en Lima Metropolitana, junio 2004. *Revista Peruana de Epidemiología* 2008; 12(3) pp1-5.
38. Vilouta M., Álvarez Silva E., Borrajo E., y González-González A. Depresión en el posparto inmediato: factores de riesgo. *Clin Invest Gin Obst.* 2006; 33(6): 208-11.
39. World Medical Association. Declaración de Helsinki – Principios éticos para las investigaciones médicas en seres humanos. 64ª Asamblea General, Fortaleza, Brasil. 2013.

40. Quelopana A., Dimmitt Champion J. Validación del cuestionario “Postpartum depression screening scale” versión en español en mujeres de Arica, Chile. *Ciencia y Enfermería* 2010; 16 (1): 37-47.

ANEXOS

Anexo N°1

DEPRESION POSTPARTO

Encuesta creada para la correlación de características sociales asociadas a depresión postparto en las pacientes ingresadas en el servicio de Gineco-Obstetricia de la Clínica Good Hope.

1. EDAD:

- a. 18-20a _____
- b. 21-25a _____
- c. 26-30a _____
- d. 31-35a _____
- e. >36a _____

2. N° De paridad:

- a. Primíparas _____
- b. Multíparas _____

3. Vía de resolución del Ultimo embarazo:

- a. Vaginal _____
- b. Cesárea _____

4. Estado civil:

- a. Casada _____
- b. Soltera _____
- c. Conviviente _____
- d. Divorciada _____
- e. Viuda _____

5. Escolaridad:

- a. Sin escolaridad _____
- b. Primario _____
- c. Secundario _____
- d. Superior _____

6. Embarazo planeado:

- a. Si _____
- b. No _____

Anexo N°2

ESCALA DE DEPRESION POSTNATAL DE EDIMBURGO

Como usted hace poco tuvo un bebe nos gustaría saber cómo se ha estado sintiendo. Por favor SUBRAYE la respuesta q más se acerca a como se ha sentido en los últimos 7 días o Por favor haga un círculo alrededor de la respuesta que más se acerca a como se ha sentido en los últimos 7 días.

1. He podido reír y ver el lado bueno de las cosas:

- 0 tanto como siempre
- 1 No tanto ahora
- 2 Mucho menos
- 3 No, no he podido

2. He mirado al futuro con placer:

- 0 Tanto como siempre
- 1 Algo menos de lo que solía hacer
- 2 Definitivamente menos
- 3 No, nada

3. Me he culpado sin necesidad cuando las cosas marchaban mal:

- 0 Si, casi siempre
- 1 Si, algunas veces
- 2 No muy a menudo
- 3 No, nunca

4. He estado ansiosa y preocupada sin motivo:

- 0 No, nada
- 1 Casi nada
- 2 Si, a veces
- 3 Si, a menudo

5. He sentido miedo o pánico sin motivo alguno:

- 0 Si, bastante
- 1 Si, a veces
- 2 No, no mucho
- 3 No, nada

6. Las cosas me oprimen o agobian:

- 0 Si, casi siempre
- 1 Si, a veces
- 2 No, casi nunca
- 3 No nada

7. Me he sentido tan infeliz, que he sentido dificultad para dormir:

- 0 Si, casi siempre
- 1 Si, a menudo
- 2 No muy a menudo
- 3 No, nada

8. Me he sentido triste y desgraciada:

- 0 Si, casi siempre
- 1 Si, bastante a menudo
- 2 No muy a menudo
- 3 No, nada

9. He estado tan infeliz que he estado llorando:

- 0 Si, casi siempre
- 1 Si, bastante a menudo
- 2 Solo ocasionalmente
- 3 No, nunca

10. He pensado en hacerme daño a mi misma:

- 0 Si, bastante a menudo
- 1 Si, a menudo
- 2 Casi nunca

INTERPRETACION

- EPDS menor que 10: sin riesgo de depresión posparto
- EPDS 10 - 12: puntaje límite para riesgo de depresión
- EPDS mayor o igual a 13: puntaje indicador de probable depresión

3 No, nunca

Anexo N°3

“RELACIÓN ENTRE CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS Y RIESGO DE DEPRESIÓN POSTPARTO EN PUÉRPERAS DE LA CLÍNICA GOOD HOPE SETIEMBRE - NOVIEMBRE DE 2015”

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Usted está invitada a participar en este estudio de investigación médica. Antes de decidir si participa o no debe conocer acerca de esta investigación que está diseñado a obtener información científica que puede ayudar a esta institución en el futuro.

El objetivo de esta investigación es conocer cuantas mujeres padecen depresión postparto y cuáles son sus características sociodemograficas que se relacionan.

En el estudio participaran mujeres cuyo parto fue atendido en el servicio de Gineco-obstetricia de la Clínica Good Hope de la ciudad de Lima, durante el periodo noviembre en el año 2015.

La participación en el estudio es voluntaria, si no desea participar o en cualquier momento desea abandonar el estudio puede hacerlo, esta decisión de ninguna manera afectara la relación con los investigadores.

Los formularios que se utilizaran en esta investigación, así como los registros que incluyan información relacionada al estudio, pueden ser copiados por el personal de comité de ética con el fin de asegurar la calidad de los datos y el análisis de la información.

La información obtenida en este estudio, utilizada para la identificación de cada paciente, será mantenida con estricta confidencialidad por la presente investigación. Por favor, tómese su tiempo para decir y pida explicaciones sobre cualquier palabra o información que no entienda.

Declaración de consentimiento:

Yo, _____ he leído y comprendido la información anterior y mis preguntas han sido respondidas de manera satisfactoria, he sido informado y entiendo que los datos obtenidos en el estudio pueden ser publicados o difundidos con fines científicos. Convengo en participar en este estudio de investigación.

Nombre

Firma

Anexo N°4

RESULTADOS

OBJETIVO 1

Determinar la prevalencia de depresión puerperal en las pacientes puérperas atendidas en la Clínica Good Hope.

Tabla 1. Puérperas según depresión postparto, Clínica Good Hope, Miraflores - Lima, Noviembre 2015.

DEPRESION POSTPARTO	N° PUERPERAS	%PUERPERAS
Sin riesgo	88	80,00
Riesgo limite	12	10,91
Probable depresión	10	9,09
Total	110	100,0

Fuente: Datos obtenidos del proyecto de investigación.

La tabla 1. muestra los resultados de las puérperas según depresión postparto en la Clínica Good Hope, los resultados reportaron que existe riesgo de depresión postparto en un 20% (riesgo límite en 12 (10,91%) puérperas y 10 (9,09%) puérperas con probable depresión postparto) y la mayor concentración alcanzó 88 (80%) puérperas quienes no tuvieron el riesgo de depresión durante el puerperio.

OBJETIVO 2

Describir las características sociodemográficas en las pacientes puérperas que consultan en la Clínica Good Hope.

Tabla 2. Puérperas según Edad, Clínica Good Hope, Clínica Good Hope, Miraflores - Lima, Noviembre 2015.

EDAD	N° PUERPERAS	%PUERPERAS
18-20 años	4	3,64
21-25 años	16	14,55
26-30 años	32	29,09
31-35 años	28	25,45
>= 36 años	30	27,27
Total	110	100,0

Fuente: Datos obtenidos del proyecto de investigación.

La tabla 2 muestra los resultados según edad de las puérperas de la Clínica Good Hope de Miraflores-Lima. Los resultados reportaron una mayor concentración entre los 26 a 30 años de edad alcanzando 29,09% (32 puérperas); 27,27%(30 puérperas) se ubicaron de 36 años en adelante; 25,45% (28 puérperas) entre 31 a 35 años; 14,55% (16 puérperas) entre 21 a 25 años y 3,64% (4puérperas) entre los 18 a 20 años de edad.

Tabla 3. Puérperas según N° de Paridad, Clínica Good Hope, Miraflores - Lima, Noviembre 2015.

N° de Paridad	N° PUERPERAS	%PUERPERAS
Primíparas	66	60,0
Múltiparas	44	40,0
Total	110	100,0

Fuente: Datos obtenidos del proyecto de investigación.

La tabla 3 muestra los resultados según N° de paridad de las puérperas de la Clínica Good Hope. Los resultados reportaron una mayor concentración en primer hijo vivo (primíparas) alcanzando 60% (66 puérperas) y más de dos hijos vivos (múltiparas) 40% (44 puérperas).

Tabla 4. Puérperas según vía de resolución del último embarazo, Clínica Good Hope, Miraflores - Lima, Noviembre 2015.

Vía de Resolución del último embarazo	N° PUERPERAS	%PUERPERAS
Vaginal	22	20,0
Cesárea	88	80,0
Total	110	100,0

Fuente: Datos obtenidos del proyecto de investigación.

La tabla 4 muestra los resultados según vía de resolución de último embarazo de las puérperas de la Clínica Good Hope. Los resultados reportaron una mayor concentración en tipo de parto por cesárea en el 80% (88 puérperas) y de tipo de parto vaginal en 20% (22 puérperas).

Tabla 5. Puérperas según estado civil, Clínica Good Hope, Miraflores - Lima, Noviembre 2015.

ESTADO CIVIL	N° PUÉRPERAS	%PUERPERAS
Soltera	4	3,64
Casada	48	43,64
Conviviente	58	52,73
Divorciada	0	0
Viuda	0	0
Total	110	100,0

Fuente: Datos obtenidos del proyecto de investigación.

La tabla 5 muestra los resultados según estado civil de las puérperas de la Clínica Good Hope. Los resultados reportaron una mayor concentración en estado civil conviviente alcanzando 52,73% (58 puérperas), estado civil casada 43,64% (48 puérperas), soltera 3,64% (4 puérperas) y no se obtuvo ninguna puérpera divorciada ni viuda.

Tabla 6. Puérperas según escolaridad, Clínica Good Hope, Miraflores - Lima, Noviembre 2015.

ESCOLARIDAD	N° PUERPERAS	%PUERPERAS
Sin escolaridad	0	0,0
Primaria	2	1,82
Secundaria	12	10,91
Superior	96	87,27
Total	110	100,0

Fuente: Datos obtenidos del proyecto de investigación.

La tabla 6 muestra los resultados según escolaridad de las puérperas de la Clínica Good Hope. Los resultados reportaron una mayor concentración en escolaridad superior alcanzando 87,27% (96 puérperas), secundaria 10%(12 puérperas) y primaria 1,82% (2 puérperas).

Tabla 7. Puérperas según embarazo planeado, Clínica Good Hope, Miraflores - Lima, Noviembre 2015.

EMBARAZO PLANEADO	N° PUERPERAS	%PUERPERAS
Si	56	50,91
No	54	49,09
Total	110	100,0

Fuente: Datos obtenidos del proyecto de investigación.

La tabla 7 muestra los resultados según embarazo planeado de las puérperas de la clínica Good Hope. Los resultados reportaron una mayor concentración en tipo de embarazo planeado alcanzando 50,91% (56 puérperas) y embarazo no planeado se ubicó en 49,09% (54 puérperas).

OBJETIVO 3

Identificar la relación que existe entre la depresión postparto y las características sociodemográficas de las puérperas en estudio.

Tabla 8. Asociación entre la Depresión Postparto y las características sociodemográficas de las puérperas de la Clínica Good Hope, Miraflores-Lima, Noviembre 2015.

ASOCIACION	Fisher´s exact	Significancia P < 0,05
Depresión Postparto y Edad	0,078	No
Depresión Postparto y N° de Paridad	0,430	No
Depresión Postparto y vía de resolución del último embarazo	0,326	No
Depresión Postparto y estado civil	0,797	No
Depresión Postparto y escolaridad	0,653	No
Depresión Postparto y embarazo planeado	0,502	No

Fuente: Datos obtenidos del proyecto de investigación.

La tabla 8 muestra los resultados de la relación entre la depresión postparto y las características sociodemográficas en las puérperas de la Clínica Good Hope. Los resultados mostraron que según el test exacto de Fisher no existe asociación significativa entre **Depresión postparto** y las características sociodemográficas: **Edad, N° de Paridad, vía de resolución del último embarazo, estado civil, escolaridad y embarazo planeado**, en las puérperas de la Clínica Good Hope, Miraflores-Lima, Noviembre 2015.