

UNIVERSIDAD PRIVADA SAN JUAN BAUTISTA
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA PROFESIONAL DE MEDICINA HUMANA



RELACIÓN ENTRE LAS DIMENSIONES DE LA PERSONALIDAD Y DEPRESIÓN
POSPARTO EN PUÉRPERAS QUE ACUDEN AL CENTRO MATERNO
INFANTIL “SANTA LUZMILA II” – LIMA, 2022.

TESIS

PRESENTADA POR BACHILLER:
BULLÓN VIDAL, CRISTIAN HANZEL

PARA OPTAR EL TÍTULO PROFESIONAL DE
MÉDICO CIRUJANO

LIMA – PERÚ

2023

Mi asesor, el Dr. Huarcaya
Victoria Jeff David.

DNI: 46064146

AGRADECIMIENTO:

Agradezco a Dios Todopoderoso y a nuestra Madre la Virgen por darme la oportunidad de estudiar el Arte de la Medicina.

A mi asesor el Dr. Huarcaya, quien me ha guiado a lo largo de este camino, a la Dra. Karen Ríos por permitirme llevar a cabo el presente trabajo, así mismo a todos los docentes que sembraron en mi persona la semilla de la investigación, en especial al Dr. Jaramillo, Dr. Saravia, Dr. Vallenás y Dr. Pariona.

DEDICATORIA:

Con mucho regocijo dedico la presente investigación a quienes siempre creyeron en mí.

A mi Madre, por el apoyo constante y los consejos a lo largo de la carrera.

Al Dr. Percy Vidal, mi inspiración y ejemplo a seguir como profesional.
A la Dra. Esther Vidal, quien guía mi camino vaya a donde vaya.

A todos los familiares y amigos que alguna vez me dieron la mano desinteresadamente. Siempre los tengo presentes.

RESUMEN

Objetivo:

Determinar la dimensión de la personalidad que se relaciona con la depresión posparto en las mujeres puérperas que acuden al Centro Materno Infantil “Santa Luzmila II” - Lima, 2022.

Materiales y Métodos:

Se realizó un estudio observacional, prospectivo, transversal de tipo analítico en puérperas que dieron a luz en el Centro de Salud Santa Luzmila II de marzo a julio del 2022; quienes respondieron el cuestionario revisado de personalidad de Eysenck, la escala de depresión posparto de Edimburgo y una ficha de datos sociodemográficos. Las entrevistas fueron realizadas vía telefónica durante el mes de setiembre del año 2022, el tipo de muestreo utilizado fue el no probabilístico por conveniencia, por otra parte, para determinar la asociación entre la dimensión de la personalidad y la depresión posparto se aplicó la estadística de prueba chi-cuadrado, en cuanto al análisis ajustado por las covariables se usó el modelo de regresión logística binaria.

Resultados:

Durante el periodo de estudio se entrevistó a 201 puérperas cuya edad variaba de 18 a 42 años, alcanzando una mediana de 27 años. El 67.2% eran menores de 30 años, el 92.1% no tenían estudios universitarios, 85.6% eran amas de casa, 46.8% mencionaron no haber planificado su último embarazo y 16.4% no usaban ningún método anticonceptivo. El 20.9% de ellas presentaron DPP, 71.4% tenían como dimensión de la personalidad predominante a neuroticismo, 23.8% a psicoticismo, 4.8% a extroversión-introversión. En la relación de las dimensiones de personalidad y DPP, el neuroticismo se asoció con la DPP moderada-severa (63.3%). Las covariables asociadas a la DPP fueron antecedentes de enfermedad psiquiátrica, número de hijos, uso de algún método de anticonceptivo, y pensó abortar el último embarazo ($p < 0.05$).

Conclusiones:

La dimensión de personalidad predominante fue neuroticismo en puérperas con DPP, por otra parte psicoticismo y extroversión-introversión predominaron relativamente en aquellas sin DPP, cabe añadir que la DPP fue asociada de manera importante al antecedente de enfermedad psiquiátrica, número de hijos e intención de aborto del último embarazo.

Palabras claves: Depresión posparto, dimensiones de la personalidad, puerperio.

ABSTRACT

Objective:

To determine the personality dimension that is related to postpartum depression in postpartum women who attend to the "Santa Luzmila II" Maternal and Child Center - Lima, 2022.

Materials and Methods:

An observational, prospective, cross-sectional analytical study was carried out in puerperal women who gave birth at the Santa Luzmila II Health Center from March to July 2022; who completed the Eysenck Personality Questionnaire-Revised, the Edinburgh Postpartum Depression Scale, and a sociodemographic data sheet. The interviews were conducted by telephone during the month of September 2022, the type of sampling used was non-probabilistic for convenience, on the other hand, to determine the association between the personality dimension and postpartum depression, the statistics of chi-square test, regarding the analysis adjusted for covariates, the binary logistic regression model was used.

Results:

During the study period, 201 puerperal women whose age ranged from 18 to 42 years were interviewed, reaching a median of 27 years. 67.2% were under 30 years of age, 92.1% had no university studies, 85.6% were housewives, 46.8% mentioned not having planned their last pregnancy, and 16.4% did not use any contraceptive method. 20.9% of them presented DPP, 71.4% had neuroticism as the predominant personality dimension, 23.8% psychoticism, 4.8% extroversion-introversion. In the relationship between personality dimensions and DPP, neuroticism was associated with moderate-severe DPP (63.3%). The covariates associated with the DPP were history of psychiatric illness, number of children, use of any contraceptive method, and thought of aborting the last pregnancy ($p < 0.05$).

Conclusions:

The predominant personality dimension was neuroticism in puerperal women with DPP, on the other hand psychoticism and extroversion-introversion relatively predominated in those without DPP, it should be added that DPP was significantly associated with a history of psychiatric illness, number of children and abortion intention of the last pregnancy.

Keywords: Postpartum depression, personality dimensions, puerperium.

INTRODUCCIÓN

La depresión posparto (DPP) es un trastorno mental de tipo afectivo que representa un problema de salud mental en latinoamérica, sobre todo en Perú, debido a que afecta la vida cotidiana tanto de la madre como del bebé influyendo negativamente en el aspecto emocional de ambos. Si no es diagnosticada ni tratada a tiempo corre el riesgo de empeorar trayendo consigo posibles desenlaces fatales para el entorno familiar. Muchas mujeres que se encuentran actualmente en el puerperio desconocen sobre esta entidad psiquiátrica, y no acuden a pedir algún tipo de atención médica por desconocimiento de lo que les está sucediendo, es por ello que se necesita implementar medidas educativas y de capacitación hacia este grupo de mujeres.

La personalidad es una organización compleja hecha por la experiencia en base a mecanismos psicológicos y fisiológicos ya formados con antelación, es decir heredados, que de por sí poseen fuerzas impulsoras propias, precisamente de este modo definió a la personalidad el psicólogo alemán Hans J. Eysenck en su teoría de las dimensiones de la personalidad (extroversión-introversión, neuroticismo y psicoticismo) hace algunas décadas atrás. Según Eysenck, estas dimensiones, llamadas también superfactores, están conformadas por una variedad de rasgos de personalidad propios de cada dimensión.

Últimamente en el mundo se intenta averiguar si podría existir alguna relación entre la depresión posparto y la personalidad, ya que el hecho de tener conocimiento de la dimensión de la personalidad predominante en las puérperas con depresión posparto sería de mucha ayuda para un diagnóstico precoz e incluso prevenir el inicio de la depresión posparto. En nuestra área geográfica existe una carencia de estudios indexados que engloben a las dimensiones de la personalidad y a la DPP. En la mayoría de estudios extranjeros se observó que neuroticismo tenía relación con la DPP debido posiblemente a que los rasgos de ansiedad, tristeza y miedo forman parte de ella, en cuanto a las puérperas con DPP de nacionalidad peruana veremos si tienen dentro de su personalidad a una dimensión predominante diferente a sus pares de otras culturas.

ÍNDICE

CARÁTULA	I
ASESOR	II
AGRADECIMIENTO	III
DEDICATORIA	IV
RESUMEN	V
ABSTRACT	VI
INTRODUCCIÓN	VII
ÍNDICE	VIII
INFORME ANTIPLAGIO	IX
LISTA DE TABLAS	XI
LISTA DE ANEXOS	XI
CAPITULO I: EL PROBLEMA	
1.1 Planteamiento del problema	1
1.2 Formulación del problema	3
1.2.1 Problema General	
1.2.2 Problemas Específicos	
1.3 Justificación	3
1.4 Delimitación del área de estudio	4
1.5 Limitaciones de la investigación	4
1.6 Objetivos	4
1.6.1 Objetivo General	
1.6.2 Objetivos Específicos	
1.7 Propósito	5
CAPITULO II: MARCO TEORICO	
2.1 Antecedentes bibliográficos	6
2.2 Bases teóricas	9
2.3 Marco conceptual	24
2.4 Hipótesis de Estudio	25
2.5 Variables	25
2.6 Definición de Conceptos Operacionales	25
CAPITULO III: METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN	
3.1 Diseño metodológico	26
3.1.1 Tipo de investigación	
3.1.2 Nivel de investigación	
3.2 Población y muestra	26
3.3 Técnicas e Instrumentos de Recolección de Datos	27
3.4 Diseño de Recolección de Datos	30
3.5 Procesamiento y Análisis de Datos	31
3.6 Aspectos éticos	31
CAPITULO IV: ANÁLISIS DE LOS RESULTADOS	
4.1. Resultados	33
4.2. Discusión	41
CAPITULO V: CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES	
5.1. Conclusiones	44
5.2. Recomendaciones	44
BIBLIOGRAFÍA	45
ANEXOS	52

Document Information

Analyzed document	Tesis - Bullón Vidal Cristian Hanzel.docx (D148858779)
Submitted	11/6/2022 11:53:00 PM
Submitted by	Jeff Huarcaya
Submitter email	jeff.huarcaya@upsjb.edu.pe
Similarity	6%
Analysis address	jeff.huarcaya.upsjb@analysis.urkund.com

Sources included in the report

W	URL: https://repositorio.uandina.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12557/3806/Evelin_Afrodita_Tesis_bachiller_2019.PDF?sequence=1&isAllowed=y Fetched: 5/8/2022 10:01:21 AM	
W	URL: https://www.raco.cat/index.php/PsicosomPsiquiatr/article/download/398186/492158 Fetched: 7/17/2022 6:30:41 AM	 3
W	URL: https://psiquiatria.com/depresion/entre-los-rasgos-de-personalidad-y-la-depresion-posparto-el-papel-mediado-de-la-autoeficacia-materna/ Fetched: 7/17/2022 6:30:37 AM	 4
W	URL: https://cybertesis.unmsm.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12672/5685/Gonzales_am.pdf?sequence=3&isAllowed=y Fetched: 11/15/2021 10:21:45 PM	 1
W	URL: https://www.studocu.com/pe/document/universidad-san-pedro/psicologia/conducta-antisocial-en-el-centro-de-rehabilitacion-rehabilitando-almas/14378455 Fetched: 4/24/2022 11:38:04 PM	 2

Entire Document

UNIVERSIDAD PRIVADA SAN JUAN BAUTISTA FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD ESCUELA PROFESIONAL DE MEDICINA HUMANA

RELACIÓN ENTRE LAS DIMENSIONES DE LA PERSONALIDAD Y DEPRESIÓN POSPARTO EN PUÉRPERAS QUE ACUDEN AL CENTRO MATERNO INFANTIL "SANTA LUZMILA II" – LIMA, 2022.

TESIS PARA OPTAR EL TÍTULO PROFESIONAL DE MÉDICO CIRUJANO

PRESENTADO POR: BULLÓN VIDAL, CRISTIAN HANZEL ASESOR: Dr. HUARCAYA VICTORIA JEFF DAVID

LIMA - PERÚ 2022

AGRADECIMIENTO: Es de mi especial reconocimiento a mi asesor de tesis el Dr. Huarcaya, quien me ha guiado en todo este camino, así mismo a todos los docentes que a lo largo de la carrera sembraron en mí la semilla de la curiosidad y la investigación, en especial al Dr. Jaramillo, al Dr. Saravia, al Dr. Vallenay y al Dr. Pariona. A ellos toda mi gratitud.

DEDICATORIA: A Dios por darme la oportunidad de estudiar el arte de la Medicina. A mi familia aquí conmigo y en el cielo, gracias por sus consejos y su apoyo constante para hacer de mí una buena persona y sobre todo un gran profesional.

RELACIÓN ENTRE LAS DIMENSIONES DE LA PERSONALIDAD Y DEPRESIÓN POSPARTO EN PUÉRPERAS QUE ACUDEN AL CENTRO MATERNO INFANTIL "SANTA LUZMILA II" – LIMA, 2022.

RESUMEN Objetivo: Determinar la dimensión de la personalidad que se relaciona con la depresión posparto en las mujeres puérperas que acuden al Centro Materno Infantil "Santa Luzmila II" - Lima, 2022.



UNIVERSIDAD PRIVADA SAN JUAN BAUTISTA
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA PROFESIONAL DE MEDICINA HUMANA

ACREDITADA INTERNACIONALMENTE

INFORME DE PORCENTAJE DE COINCIDENCIAS

FECHA: 06/11/2022

NOMBRE DEL ESTUDIANTE:

BULLÓN VIDAL, CRISTIAN HANZEL

TIPO DE PRODUCTO CIENTÍFICO:

- MONOGRAFÍA ()
- REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA ()
- PROYECTO DE INVESTIGACIÓN ()
- TRABAJO DE INVESTIGACIÓN ()
- PROYECTO DE TESIS ()
- TESIS (X)
- OTROS ()

INFORME DE COINCIDENCIAS. (SEGÚN PLATAFORMA URKUND): 06 %

RELACIÓN ENTRE LAS DIMENSIONES DE LA PERSONALIDAD Y DEPRESIÓN POSPARTO EN PUÉRPERAS QUE ACUDEN AL CENTRO MATERNO INFANTIL "SANTA LUZMILA II" – LIMA, 2022.

COINCIDENCIA: 06 %

Conformidad Investigador:

Nombre: Bullón Vidal Cristian

DNI: 70576294

Huella:



Conformidad Asesor

Nombre: HUARCAYA VICTORIA

JEFF DAVID

DNI: 46064146

Conformidad Comité de investigación

Nombre: HUARCAYA VICTORIA

JEFF DAVID

DNI: 46064146

LISTA DE TABLAS

TABLA N° 1: CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS DE LAS PUÉRPERAS	33
TABLA N° 2: DIMENSIONES DE LA PERSONALIDAD Y NIVEL DE DEPRESIÓN POSPARTO	36
TABLA N° 3: DIMENSIÓN DE LA PERSONALIDAD PREDOMINANTE EN PUÉRPERAS SIN DPP Y CON DPP	36
TABLA N° 4: ASOCIACIÓN ENTRE COVARIABLES Y DEPRESIÓN POSPARTO	37
TABLA N° 5: ASOCIACIÓN ENTRE DIMENSIÓN DE LA PERSONALIDAD Y DPP	39
TABLA N° 6: FACTORES ASOCIADOS A LA DEPRESIÓN POSPARTO MEDIANTE EL MODELO DE REGRESIÓN LOGÍSTICA BINARIA	40

LISTA DE ANEXOS

ANEXO 01: OPERACIONALIZACIÓN DE LAS VARIABLES	53
ANEXO 02: CONSENTIMIENTO INFORMADO	54
ANEXO 03: INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS	56
ANEXO 04: VALIDACIÓN DE INSTRUMENTOS POR EXPERTOS	61
ANEXO 05: MATRIZ DE CONSISTENCIA	64

CAPÍTULO I

EL PROBLEMA

1.1 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

La depresión posparto (DPP) es un trastorno grave que afecta el estilo de vida de la puérpera, influyendo en su conducta y en la integridad física del binomio madre-hijo, en un estudio realizado en puérperas de nacionalidad peruana se observó que el 45% de estas mujeres tenían síntomas relacionados a la DPP.¹

En América Latina alrededor del 13% de las mujeres desarrollan depresión luego del parto.² Esta entidad psiquiátrica ejerce influencia en las habilidades sociales de la madre y en el neurodesarrollo del niño, por otro lado existe una falta de conciencia entre las puérperas sobre este trastorno psíquico debido a que es identificado como algo pasajero y de escasa relevancia, esto provoca que no acudan al médico a tratarse convirtiéndose en un problema de salud pública.³ No se implementan medidas de concientización sobre la DPP, no se educa a las puérperas sobre todo a las madres primerizas, quienes mayormente carecen de un adecuado soporte emocional para afrontar esta nueva etapa.⁴

El impacto que genera la DPP a nivel social se evidencia cuando las puérperas afectadas se ven incapaces de regular el estado de ánimo de sus bebés, se estresan más rápido y experimentan conductas menos sintonizadas con el estado emocional de sus bebés, además presentan una incapacidad para concretar lazos de amistad con otras personas.⁵

En cuanto al impacto económico que genera la DPP se ha observado que a las puérperas que desarrollan esta patología psíquica les cuesta retornar a su vida laboral, no se adaptan muy bien ni a los deberes de su trabajo ni a los de su casa como madres, provocando la pérdida de sus trabajos y con esto su estabilidad económica.⁶

El impacto familiar generado por la DPP se ve reflejado en las personas que conviven con la puérpera, si la pareja no llega a comprender por el estado que

está pasando su mujer la relación entre ellos se verá afectada. Además si las puérperas no tuvieron apoyo emocional sólido de los padres durante la infancia se tornarían más vulnerables a padecer DPP.⁷

Cuando no se diagnostica a tiempo la DPP las puérperas pueden llegar a desarrollar ideas autolesivas debido a que se encuentran atravesando un sufrimiento de tipo subjetivo demasiado fuerte. La persona más afectada a parte de la madre es el bebé debido a que el vínculo madre-hijo se ve afectado comprometiendo las 3 esferas de su desarrollo: Cognitivo, emocional y conductual.⁸

Entre las variables psíquicas que intervienen en el modo de cómo la mujer hace frente a su gestación hallamos a la personalidad, su personalidad determinará en buena parte la manera en cómo experimente la transición hacia la maternidad. Problemas en su personalidad influirán en un miedo excesivo al momento de dar a luz y a un bajo umbral del dolor.⁹ Las gestantes con este tipo de problemas tuvieron nacimientos prematuros, muchos de ellos de causa traumática, se encontró una comorbilidad elevada con abuso de sustancias y muchos de sus bebés acabaron bajo el cuidado del servicio de protección infantil, además los recién nacidos tenían puntajes de Apgar bajos por lo que muchos de ellos terminaban en la unidad de cuidados neonatales especiales.¹⁰ En cuanto al desenvolvimiento social de este tipo de gestantes se observó que tuvieron un deterioro en la capacidad de establecer relaciones amicales y de confianza, influyendo en la aparición de sentimientos de desánimo y de tristeza.¹¹

La presente investigación pretende crear una base teórica que sirva de referencia a futuras investigaciones que decidan enfocarse en el estudio de la depresión posparto y la personalidad. Es de vital importancia estudiar a la depresión posparto debido a que es un problema de salud pública en países en vías de desarrollo.¹²

Saber más sobre esta afección psíquica nos permitirá restablecer el contacto afectivo madre-hijo asegurando una madurez afectiva a la siguiente generación, además de lograr un mejor desarrollo intelectual y una conducta menos violenta.¹³

1.2 FORMULACIÓN DEL PROBLEMA

1.2.1 PROBLEMA GENERAL

¿Qué dimensión de la personalidad se relaciona con la depresión posparto en las mujeres puérperas que acuden al Centro Materno Infantil “Santa Luzmila II” - Lima, 2022?

1.2.2 PROBLEMAS ESPECÍFICOS

- ¿Cuáles son las características sociodemográficas de las mujeres puérperas que acuden al Centro Materno Infantil “Santa Luzmila II” – Lima, 2022?
- ¿Cuáles son las dimensiones de la personalidad de las mujeres puérperas que acuden al Centro Materno Infantil “Santa Luzmila II” – Lima, 2022?
- ¿Cuáles son los niveles de depresión de las mujeres puérperas que acuden al Centro Materno Infantil “Santa Luzmila II” – Lima, 2022?
- ¿Cuál de las dimensiones de la personalidad se relaciona con los niveles de depresión posparto en las mujeres puérperas que acuden al Centro Materno Infantil “Santa Luzmila II” – Lima, 2022?

1.3 JUSTIFICACIÓN

La presente investigación pretende elaborar información relevante que permita al profesional de salud mental abordar de mejor manera los cambios psíquicos experimentados por la mujer durante su etapa de puerperio. Es de vital importancia estudiar a la depresión posparto debido a que es un problema de salud pública en países subdesarrollados como el Perú. Saber más sobre esta afección psíquica nos permitirá restablecer el contacto afectivo madre-hijo asegurando una madurez afectiva a la siguiente generación además de lograr un mejor desarrollo intelectual y una conducta menos violenta. Existe una

carencia de artículos indexados que engloben a las dimensiones de la personalidad y a la depresión posparto en nuestra área geográfica, es por ello que buscamos crear una base teórica que sirva de referencia a futuras investigaciones.

1.4 DELIMITACIÓN DEL ÁREA DE ESTUDIO

La presente investigación se desarrolló con las puérperas que acudieron al Centro Materno Infantil Santa Luzmila II, ubicada en Av. 22 De Agosto 15311, Comas, Lima, Perú.

1.5 LIMITACIONES DE LA INVESTIGACIÓN

- En cuanto a su secuencia temporal es de diseño transversal y solo podrá ver correlaciones entre las variables estudiadas en un punto en el tiempo y no permitirá establecer causalidad.
- No se calculó el tamaño de muestra, debido a esto no se pueden inferir, extrapolar o proyectar los datos obtenidos a la población.
- Carencia de estudios indexados en Perú y en Latinoamérica que tengan como variables de estudio a las dimensiones de la personalidad y la depresión posparto.

1.6 OBJETIVOS

1.6.1 OBJETIVO GENERAL

Determinar la dimensión de la personalidad que se relaciona con la depresión posparto en las mujeres puérperas que acuden al Centro Materno Infantil “Santa Luzmila II” - Lima, 2022.

1.6.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Determinar las características sociodemográficas de las mujeres puérperas que acuden al Centro Materno Infantil “Santa Luzmila II” – Lima, 2022.
- Determinar las dimensiones de la personalidad de las mujeres puérperas que acuden al Centro Materno Infantil “Santa Luzmila II” – Lima, 2022.
- Determinar los niveles de depresión de las mujeres puérperas que acuden al Centro Materno Infantil “Santa Luzmila II” – Lima, 2022.

- Determinar cuál de las dimensiones de la personalidad se relaciona con los niveles de depresión posparto en las mujeres puérperas que acuden al Centro Materno Infantil “Santa Luzmila II” – Lima, 2022.

1.7 PROPÓSITO

El propósito de esta investigación fue estudiar a las puérperas del CMI “Santa Luzmila II”, identificar aquellas con depresión posparto, determinar la dimensión de la personalidad común entre ellas e informar a los profesionales de la salud mental de dicho centro de salud para que les brinden un apoyo multidisciplinario. Con el apoyo de futuras investigaciones se podrá saber con antelación qué puérperas están en riesgo de desarrollar depresión posparto, de esa forma hacerles un seguimiento más exhaustivo a lo largo del puerperio así como poner en alerta a los familiares y encomendarles un soporte emocional adecuado hacia la paciente.

CAPÍTULO II

MARCO TEÓRICO

2.1 ANTECEDENTES BIBLIOGRÁFICOS

Quispe V (2020) en “Influencia del tipo de personalidad en la depresión postparto en mujeres atendidas en establecimientos de salud de nivel I y III de la ciudad de Arequipa”, estudio prospectivo realizado en puérperas cuya edad era de 18 a 40 años, atendidas en el servicio de obstetricia de diversos establecimientos de salud (Arequipa - Perú), reportó que el 39.1% de las puérperas tenían DPP y que en cuanto a las variables sociodemográficas, el tener 1 solo hijo, el haber estudiado hasta 5to de secundaria y el tener como ocupación ama de casa se relacionó de una manera estadísticamente significativa con la depresión postparto. Finalmente se encontró una relación significativa entre neuroticismo y depresión postparto.¹⁴

Romero M. (2016) en “Relación entre características sociodemográficas y riesgo de Depresión Postparto en puérperas de la Clínica Good Hope”, estudio prospectivo realizado en puérperas atendidas en el servicio de obstetricia de la Clínica Good Hope (Lima – Perú), reportó que hubo un riesgo de desarrollar DPP en un 20% de las puérperas, las madres con un porcentaje mayor de este riesgo estaban entre los rangos de 26 a 30 años. El 96% venían acompañadas de su pareja, el 96% constaban con estudios universitarios o técnicos, y la mitad de ellas (50%) dijeron que su embarazo había sido planeado con antelación. Como conclusión se obtuvo que no hay relación entre el riesgo de tener DPP y las características sociodemográficas.¹⁵

Puyané M. et al. (2022) en “Personality traits as a risk factor for postpartum depression: A systematic review and meta-analysis”, estudio retrospectivo en donde se revisó de manera sistemática estudios europeos de PudMed/Medline, PsycINFO y Scopus, reportándose que en 13 estudios se concluyó que neuroticismo tenía asociación con DPP. Concluyeron que neuroticismo es un rasgo de personalidad fuertemente relacionado con DPP y que la detección

temprana de estos rasgos ayudaría mucho a la identificación de mujeres en riesgo, previniendo y posiblemente tratando de mejor manera la DPP.¹⁶

Han L. et al. (2022) en “Between Personality Traits and Postpartum Depression: The Mediated Role of Maternal Self-Efficacy”, estudio prospectivo realizado en mujeres en estado de gravidez atendidas en el servicio de obstetricia de un hospital de nacionalidad china, reportaron que la personalidad vulnerable y la baja autoeficacia fueron relacionadas con la depresión posparto y que pueden explicar el 29% de la variación de esta patología psíquica. Finalmente concluyeron que las intervenciones específicas son importantes para mejorar la autoeficacia de las mujeres con rasgos de personalidad vulnerables con el fin de reducir el riesgo de depresión posparto.¹⁷

Maryami F. et al. (2020) en “The role of social support and personality traits in the incidence of postpartum depression”, estudio prospectivo realizado en puérperas de 6 semanas y 6 meses atendidas en el servicio de obstetricia de un hospital de nacionalidad iraní, reportaron que la depresión posparto estuvo presente en el 24.5% de las madres y que el coeficiente de correlación de neuroticismo con la depresión posparto fue del 52%, por lo que neuroticismo tuvo la mayor relación con la DPP, además cuanto mayor apoyo social fue brindado a las madres, menos DPP se detectó.¹⁸

Axfors C. et al. (2017) en “Adult attachment's unique contribution in the prediction of postpartum depressive symptoms, beyond personality traits”, estudio prospectivo realizado en mujeres en estado de gravidez atendidas en el servicio de obstetricia de un hospital de nacionalidad sueca, reportaron que el apego y el neuroticismo estuvieron altamente correlacionados y que los rasgos de personalidad como el neuroticismo ayudan a identificar a las gestantes en riesgo de DPP, por lo que la combinación de neuroticismo y apego podría resultar útil en la detección prenatal de alto riesgo de DPP.¹⁹

Maliszewska K. et al. (2017) en “Screening for maternal postpartum depression and associations with personality traits and social support. A Polish follow-up study 4 weeks and 3 months after delivery”, estudio prospectivo realizado en mujeres que dieron a luz en la Universidad Médica de Gdansk (Polonia), reportaron que la depresión es probable en cualquier momento durante los primeros 3 meses del posparto ya que esta fue frecuente entre el 6,38% de las mujeres del estudio, además un alto nivel de neuroticismo, una puntuación de EPDS > 9 en la primera semana después del parto, antecedentes de hospitalización durante el embarazo formaron parte de los factores de riesgo para DPP, finalmente los factores protectores potenciales fueron la lactancia materna inicial y una alta satisfacción con el apoyo social recibido.²⁰

Denis A., Luminet O. (2017) en “Cognitive factors and post-partum depression: What is the influence of general personality traits, rumination, maternal self-esteem, and alexithymia?”, estudio prospectivo realizado en puérperas atendidas en el servicio de obstetricia de un hospital de nacionalidad francesa, reportaron que los predictores de DPP fueron los siguientes: Durante el primer año posparto fueron neuroticismo y la baja autoestima por parte de la madre, durante el segundo año posparto fueron los pensamientos rumiantes y la alexitimia.²¹

Marín M.D. (2013) en “Influencia de la personalidad y las variables cognitivo-afectivas en el embarazo y puerperio”, estudio prospectivo realizado en puérperas atendidas en el servicio de obstetricia de una institución perteneciente a la sanidad española, reportaron que uno de los rasgos de personalidad con puntaje más alto fue la extroversión, también se vio que el neuroticismo y la depresión en el embarazo están relacionadas, además se pudo observar que el neuroticismo y la extroversión están relacionadas con la depresión en el puerperio y que el neuroticismo era el causante de casi el 25% de los síntomas de depresión en el puerperio. Concluyeron que la depresión previa al nacimiento del bebé se relaciona con la sintomatología depresiva luego del parto, así mismo el neuroticismo es capaz de predecir síntomas depresivos en la puérpera de manera

independiente, por lo tanto es de relevancia tener en cuenta a esta dimensión de la personalidad al momento de cuidar la salud de la mujer durante su experiencia como madre.²²

Fernández V.K. et al. (2014) en “Depresión Posparto valorada mediante la escala de Edimburgo”, estudio prospectivo realizado en puérperas que acudieron al servicio de Gineco-Obstetricia de un hospital en la ciudad de Caracas – Venezuela, reportaron que durante el puerperio mediato existe en las adolescentes una prevalencia de DPP de 84.2%, mientras que en las adultas esta disminuyó a 81.5%. En ambos grupos etarios predominó la DPP moderada.²³

Adejuwon G. et al. (2018) en “Social Support and Personality Traits as Predictors of Psychological Wellbeing of Postpartum Nursing Mothers in Oyo State”, estudio prospectivo realizado en madres de nacionalidad nigeriana cuyas edades oscilaban entre 15 y 44 años, reportaron que el apoyo social, neuroticismo y el tipo de parto predijeron de manera articulada la depresión severa en madres lactantes y que las madres lactantes jóvenes presentaron un nivel más alto de depresión severa que las madres lactantes mayores, además las madres lactantes sin educación formal y aquellas con baja educación tuvieron niveles más altos de depresión severa y ansiedad que aquellas con educación secundaria y superior. Concluyeron que se confirmó una relación entre el apoyo social, los rasgos de personalidad y el bienestar psicológico.²⁴

2.2 BASES TEÓRICAS:

La llegada de un bebé trae nuevas responsabilidades y un cambio en nuestro modo de vida, es por esto que el área psíquico-emocional de las mujeres se prepara desde los primeros meses de gestación para afrontar de manera saludable el parto y el periodo del puerperio, sin embargo existen mujeres que no logran prepararse para abordar correctamente esta etapa de sus vidas debido a factores como la carencia de algún familiar de apoyo, bajo nivel de escolaridad y

por ende desempleo o en su defecto si cuentan con empleo generalmente es mal remunerado, esto sumado al hecho de que durante el puerperio los niveles hormonales no suelen ser estables, llevaría casi inevitablemente a un rango de 10%-20% de mujeres a sufrir episodios de tristeza y desesperación.²⁹

2.2.1 DEPRESIÓN POSPARTO (DPP)

El trastorno depresivo se caracteriza por una disminución del hedonismo en ciertas actividades que a la persona anteriormente le gustaba realizar, además existe una alteración en la calidad del sueño debido a los continuos insomnios y una hiporexia progresiva desencadenando un enmagrecimiento corporal notorio. Se encuentra como trastorno depresivo mayor (TDM) en el manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales, 5ta edición (DSM-5), el cual tiene una prevalencia de 18% en el mundo ocupando el puesto 11 en discapacidad, y pese a que tiene tratamiento solo el 40% de personas acude a un profesional de salud mental.²⁵

La gestación es un lapso de tiempo en la vida de una mujer donde ocurren varias modificaciones de tipo hormonal, metabólica e inmunológica que son percibidas por ella desde un comienzo. Esta etapa vista desde la psicología supone un cambio trascendental en el modo de vida de la mujer, por lo que será necesario hacer uso de todos los recursos disponibles para que pueda hacer frente a los cambios propios del embarazo, del nacimiento y del puerperio; la madre deberá emplear estrategias para ponerse al cuidado de su bebé y de esa manera fortalecer su vínculo con él.²⁶

La pandemia afectó la salud mental de un grupo vulnerable en nuestra población, las gestantes, que junto a los cambios propios del periodo conocido como periparto se tornaron especialmente susceptibles a sufrir trastornos psiquiátricos. El DSM-5 define depresión del periparto como un evento de depresión mayor acontecido durante el desarrollo del embarazo o en las 4 semanas luego del parto. En la edición anterior (DSM-4) se mencionaba otro término, depresión

posparto, que hacía alusión a la depresión mayor que tenía como punto de inicio al parto y comprendía hasta la cuarta semana posterior a este. Debido a que se constató que más o menos el 50% de casos detectados en el posparto comenzaron durante la gravidez se optó por usar el término periparto, sin embargo al estar ambos conceptos en estrecha relación aún es válido usar posparto. Después de la publicación de las últimas ediciones del DSM, aparecieron muchas críticas a raíz del intervalo temporal, ya que la sintomatología es capaz de no disminuir a pesar de llegar a las 4 semanas e incluso recién puede aparecer a partir de la sexta semana posterior al parto, es por todo esto que se suele cribar la depresión posparto desde la tercera semana hasta un año después del parto.²⁷

La DPP es un trastorno mental de tipo afectivo severo catalogado como la complicación más habitual de la etapa posnatal en el campo de la psiquiatría, y que debido a sus fuertes efectos sobre la calidad de vida del binomio madre-hijo es primordial abordarla de manera correcta en nuestra práctica médica.²⁸

La prevalencia de DPP en el mundo en todas las etapas de la vida está entre 10-20% y la etapa donde se observa más es en la adolescencia y en personas cuya economía no es muy buena.²⁹

Las siguientes características se han visto asociadas a depresión posparto: El estado civil soltera, haber tenido un aborto, complicaciones luego del parto y haber padecido maltrato físico en el embarazo por la pareja.³⁰

En un estudio realizado en el hospital "María Auxiliadora", se quiso determinar los factores de riesgo para DPP en madres adolescentes, se encontró que el 70% de las adolescentes tenían este trastorno, además, dentro de los factores sociodemográficos implicados estaban la edad de 16 años, ser soltera y ser estudiante, por otra parte dentro de los factores obstétricos estaban haber tenido

un aborto previo y controles prenatales incompletos, finalmente dentro de los factores sociales estaba la carencia de empleo tanto de ella como de su pareja.³¹

En otro estudio donde se deseaba identificar los factores de riesgo para tener depresión posparto en madres que tienen a sus hijos hospitalizados en diferentes unidades de pediatría y neonatología en el Perú, se obtuvo como resultado que las madres desempleadas, solteras y las que no planificaron su embarazo estuvieron más predispuestas a sufrir de depresión posparto.³²

Finalmente, en un estudio realizado en el “Hospital regional docente de Trujillo”, se quiso determinar si el parto por cesárea contaría como factor de riesgo para tener luego depresión posparto, concluyéndose que la cesárea es considerada como factor de riesgo para este trastorno afectivo, además no se encontró diferencias significativas en cuanto a la edad de la madre y el estado civil con o sin DPP.³³

2.2.1.1 COMIENZO Y DURACIÓN

El comienzo y la duración de esta patología psiquiátrica aún no está establecida completamente, el DSM-4 consideraba su comienzo alrededor de las 4 semanas posteriores al parto, por otra parte el CIE-10 hace referencia a esta como un trastorno mental relacionado al puerperio si la sintomatología empieza a las 6 semanas luego del parto. El DSM-5 considera que los primeros síntomas de DPP pueden comenzar en el embarazo y que se mantienen en las primeras semanas posparto, periodo conocido como Periparto.³⁴

El estudio hecho en la ciudad de Edimburgo encontró que existe un riesgo elevado de DPP en los primeros 30 días de haber nacido el bebé, este riesgo disminuye con el correr del tiempo, sin embargo logra mantenerse hasta más o menos los 2 años de la criatura.³⁴

2.2.1.2 ETIOLOGÍA

Entre las causas de DPP están los factores psicosociales como autoestima baja previa, algún trastorno que involucre a la personalidad, problemas en el círculo social cercano y ansiedad; de igual forma las gestantes que sufrieron de DPP en un embarazo pasado tienen altas probabilidades de volver a experimentarlo.³⁵

En la DPP el eje hipotálamo-hipófisis-adrenal se encuentra alterado, este eje es el encargado de secretar cortisol, hormona que nos ayuda a enfrentar momentos estresantes, además se ha demostrado que las puérperas con este trastorno afectivo tenían un cortisol sérico alterado desde el primer trimestre.³⁶

Quitando bruscamente ciertas cantidades de progesterona y estrógenos en mujeres con antecedentes de DPP se producen síntomas depresivos similares a los que ya habían tenido estas mujeres, esto da a entender que las mujeres con esta patología psiquiátrica son muy sensibles a los cambios en los niveles de sus hormonas, propios de la etapa puerperal.³⁷

2.2.1.3 FACTORES DE RIESGO

- a) **Abuso y violencia por parte de la pareja:** Se vio que las puérperas que tuvieron episodios de violencia durante la gestación tanto física, sexual o emocional tenían el triple de probabilidades de sufrir DPP, esto debido a que la violencia dejó traumas psicológicos y estados de hipersensibilidad a nivel psíquico, conjuntamente a esto muchas veces la mujer no encontraba el valor suficiente para denunciar a su agresor debido al rol de sumisión que la sociedad le imponía.³⁸

- b) **No alimentar al bebé con leche materna:** Las puérperas que alimentaban exclusivamente con fórmula a sus bebés estaban más predispuestas a sufrir de

DPP ya que no se construía de manera correcta el vínculo madre-hijo, además el bajo peso observado en bebés de 4 semanas alimentados con fórmula generó demasiada preocupación en las puérperas haciéndolas proclives a este trastorno mental.³⁹

- c) **Madre adolescente:** Se observó que puérperas menores de 20 años con antecedentes de depresión y cuyo embarazo no era planificado desarrollaban DPP debido a que al no tener la suficiente madurez psicológica para enfrentar esta nueva etapa en sus vidas cedían ante los prejuicios sociales desmoronándose emocionalmente.⁴⁰

- d) **No tener apoyo emocional ni social:** Luego del parto el principal apoyo emocional de las puérperas fueron sus parejas y miembros cercanos de su familia; al implementar planes de apoyo social con profesionales voluntarios en las puérperas cuyos seres queridos se encontraban distantes se observó que en su mayoría no desarrollaban DPP.⁴¹

- e) **Sobrepeso u obesidad pre-gestacional:** Se observó que las puérperas que tenían un IMC compatible con sobrepeso u obesidad antes de quedar embarazadas y que además poseían antecedentes de ansiedad o depresión desarrollaban DPP en comparación con puérperas de IMC saludable carentes de antecedentes psiquiátricos.⁴²

- f) **Diabetes Gestacional:** Se ha descubierto resistencia a la insulina en personas quienes estaban comenzando a sufrir cuadros depresivos, por lo que un estilo de vida estresado junto con la resistencia a la insulina y la respuesta inflamatoria propia de la diabetes durante la gestación predispondría a las puérperas de padecer DPP.⁴³

- g) Estado de Inmigración:** Estado donde se estudiaba la situación de mujeres en periodo de puerperio en otro país, en estas investigaciones se vio la adaptación dificultosa a la nueva cultura, incluso a costa de perder su propia cultura, no tenían una economía estable, tampoco apoyo social, ni dominaban el idioma del país receptor, además hubo quienes estaban solicitando asilo, estos factores influían en el inicio de DPP en estudios realizados con puérperas de nacionalidad china y latinoamericana en el extranjero.⁴⁴
- h) Parto Cesárea:** Existe mayor probabilidad de desarrollar DPP en las puérperas que tuvieron una cesárea de emergencia comparándolas con quienes tuvieron una cesárea programada debido a que estas últimas ya van preparadas psíquicamente en cuanto a que su cuerpo sufrirá una incisión que probablemente dejará una cicatriz de por vida mientras que las que fueron operadas de emergencia no se sintieron suficientemente preparadas mentalmente.⁴⁵
- i) Deficiencia de vitamina D:** Durante los periodos de estrés propios de las últimas semanas de embarazo el cuerpo experimenta un incremento de los mediadores inflamatorios, quienes demostraron cumplir un papel importante en el comienzo de episodios depresivos. Se comprobó que las puérperas que tenían niveles séricos de Vitamina D mayores a 50nm/l tenían menos riesgo de DPP ya que reduce notablemente la reacción inflamatoria sistémica.⁴⁶
- j) No contacto piel a piel con el bebé:** Se observó que las puérperas con bebés prematuros y con bajo peso al nacer tenían menos probabilidades de desarrollar DPP si practicaban el método de “madre canguro” que consistía en tener contacto piel a piel entre bebé y madre durante periodos de tiempo prolongados, esto debido a que este método promueve la secreción de oxitocina, hormona que tiene entre sus funciones influir en la conducta y en el estado de ánimo femenino.⁴⁷
- k) Nivel socioeconómico bajo:** En un estudio donde se compara puérperas latinoamericanas y estadounidenses se observó en el primer grupo que el carecer

de una adecuada educación influía en las pocas oportunidades de trabajo o de sumas salariales deficientes, conjuntamente a esto la preocupación de mantener a varios hijos colocaban a estas puérperas en situación de vulnerabilidad respecto a la DPP.⁴⁸

2.2.1.4 PATOLOGÍAS AFECTIVAS DEL POSPARTO

- A) Tristeza del posparto:** También conocida por su equivalente inglés de “Baby blues”, es la más frecuente con una prevalencia de 75%, comienza a los 4 días después del parto con una duración de máximo 2 semanas, en cuanto a sus síntomas estos no son de severidad, entre ellos están algunos problemas para conciliar el sueño, hiporexia, llanto en varias ocasiones durante el día y un estado emocional muy lábil, no es necesario un tratamiento porque se autolimita rápidamente.⁴⁹
- B) Psicosis Posparto:** Es la más severa, pero no es muy común verla ya que por cada 1000 partos solo 1 o 2 mujeres la presentan, tiene una duración de 2 semanas como máximo. Sus síntomas son inestabilidad emocional, alucinaciones, momentos de euforia y depresión además de ilusiones, se demostró remisión de la sintomatología con hospitalización y tratamiento médico; tiene un pronóstico bueno pese a que se considera como criterio de riesgo para sufrir de bipolaridad luego del año posparto.⁴⁹
- C) Depresión Posparto:** Afecta hasta el 15% de las puérperas y aumenta en madres adolescentes, puede comenzar entre el mes y los 6 meses luego de dar a luz y puede mantenerse en el tiempo. Su clínica consta de culpabilidad, inestabilidad emocional, llorar bastante durante el día, anorexia, insomnio, cansancio y amnesia; la sintomatología es parecida a la depresión no puerperal, sin embargo los cuadros de culpabilidad son más severos en la DPP influyendo significativamente en el desarrollo de la criatura.⁴⁹

2.2.1.5 DIAGNÓSTICO

El diagnóstico de depresión posparto (DPP) es realizado mediante la anamnesis y puede ser realizado por un psicólogo clínico o un médico. Actualmente a nivel mundial se recomienda el uso de un instrumento llamado Escala de depresión posparto de Edimburgo, el cual nos ayudará a consolidar nuestras sospechas o descartarlas.⁵⁰

Es necesario utilizar un instrumento que haya sido construido específicamente para detectar casos de DPP ya que los instrumentos comunes para detectar depresión pueden verse alterados si son aplicados durante el puerperio porque durante esta etapa existen manifestaciones físicas que incrementarían el puntaje de varios ítems correspondientes a síntomas somáticos propios de estos instrumentos afectando el correcto tamizaje de casos.⁵⁰

2.2.2 LA PERSONALIDAD

La personalidad es una organización compleja hecha por la experiencia en base a mecanismos psicológicos y fisiológicos ya formados con anterioridad (heredados) que tienen dentro de sí fuerzas impulsoras propias y que aparte de ello estaría influenciada por todo lo que la persona ha llegado a ser teniendo en cuenta la asimilación de las características culturales propias de la sociedad donde vive. Los elementos de este conjunto llamado personalidad son catalogados como rasgos, los cuales su cantidad difiere entre autores. El desarrollo de la personalidad es considerado un proceso que se da gradualmente y que se integra desde el nacimiento, infancia, adolescencia, hasta alcanzar la madurez y que en el momento en que es evaluada será siempre el resultado de todas las etapas de la vida que ya pasaron.⁵¹

El psicólogo estadounidense Gordon Allport definió personalidad como una organización de naturaleza dinámica de sistemas psicofísicos que determinan el pensamiento y la conducta que caracterizan a una persona.⁵²

La personalidad representa la organización más íntegra y compleja de la subjetividad de la persona que incluye a unidades psicológicas como la memoria, la percepción, sentimientos, valores, razonamiento y conciencia, a parte de todo lo mencionado también incluye a la habilidad que se tiene para imaginar cosas y al lenguaje como capacidad comunicativa y de convivencia con las demás personas.⁵²

La personalidad está estructurada dinámicamente por funciones reguladoras y autorreguladoras, a través de las reguladoras la persona es capaz de modular su comportamiento ante la sociedad y por medio de las autorreguladoras se modula a sí mismo. Con estas dos funciones generales, la personalidad influye en la manera como la persona lleva sus relaciones, actividades y creaciones componiendo su realidad y autoconstruyéndose.⁵²

Entre los factores que determinan la personalidad de la persona se encuentran: Factores orgánicos, psicológicos y ambientales. Estos factores también influyen en el comportamiento del individuo, dependiendo del entorno donde se rodea la persona algunos rasgos de su personalidad se acentuarán y otros se atenuarán.⁵³

El reconocido psicólogo alemán Hans Eysenck considera en su teoría de la personalidad 3 dimensiones que ayudan a conocer al individuo desde una perspectiva biopsicosocial, estas son: Psicoticismo, extroversión y neuroticismo, en cuanto a esta última dimensión observó que las personas con un puntaje elevado solían tener dificultades al momento de experimentar momentos estresantes, además de ello tendían a ser ansiosas y constantemente cambiaban de humor llegando incluso a la depresión.⁵⁴

En un estudio se comparó 2 grupos de personas de países con culturas diferentes, Chile y España, su objetivo fue hallar perfiles de personalidad con características que sean distintas de manera significativa entre géneros y que simultáneamente se encuentren relacionados a la presencia de síntomas depresivos elevados, obteniéndose que las mujeres tenían un nivel elevado de depresión con respecto a los varones; en ambas muestras las mujeres se

caracterizaron por tener a neuroticismo como dimensión de la personalidad predominante y en cuanto a la relación de la personalidad con la depresión, se demostró en ambas muestras que neuroticismo predispone a un mayor riesgo de depresión.⁵⁵

2.2.2.1 COMPONENTES DE LA PERSONALIDAD

-El Temperamento: Este componente es influenciado por nuestra herencia de la misma forma que adquirimos de nuestros padres características físicas como color de ojos, tonalidad de piel o la susceptibilidad de sufrir determinadas enfermedades a lo largo de la vida, además afecta el comportamiento, algunas características cognitivas y emociones.⁵⁶

-El Carácter: Es aprendido a partir del entorno donde se vive, ya que a pesar de la naturaleza innata de los sentimientos, la manera en cómo estos se expresan viene determinado por este componente de la personalidad; el modo cómo usamos el lenguaje y nuestro comportamiento frente a normas determinadas por la sociedad forman parte del carácter que poseemos.⁵⁶

2.2.2.2 EL MODELO PSICBIOLÓGICO DE HANS J. EYSENCK

Hans J. Eysenck nació en la ciudad alemana de Berlín en 1916, su teoría de la personalidad se basa sustancialmente en la genética y en la psicología. A pesar de que consideró de importancia los hábitos aprendidos, dijo que el hecho que nuestras personalidades sean diferentes es causa de nuestra herencia.⁵⁷

Eysenck es considerado un psicólogo de investigación ya que en la mayoría de sus métodos usó una técnica estadística cuyo nombre es Análisis Factorial, esta técnica coge “dimensiones” dentro de una gran cantidad de datos. Al comienzo consideró solo 2 dimensiones de temperamento: Extroversión-introversión y neuroticismo, posteriormente se agregaría el Psicoticismo.⁵⁷

Una de sus hipótesis constó en que algunos individuos tienen una respuesta simpática elevada y otros no tanto, por lo que estos últimos tienden a ser más calmados en momentos de emergencia. La hiperactividad simpática nos haría

proclives a sufrir de muchos trastornos de tipo neurótico, según Eysenck la corteza cerebral tiene como función controlar y abolir las actividades localizadas en la parte inferior de nuestro sistema nervioso, donde está el nivel de excitación, sin embargo el grado de control variaría en cada persona, por lo que la parte biológica predispondría la respuesta al estímulo del ambiente y la conducta dependería del entorno donde nos encontremos.⁵⁷

2.2.2.3 COMPOSICIÓN JERÁRQUICA DE LA PERSONALIDAD

- En primer lugar se encuentran las respuestas específicas que equivalen al tipo de comportamiento que tiene el individuo en una situación en especial.
- En segundo lugar se encuentran las respuestas habituales que equivalen a la forma concreta en que se comporta el individuo teniendo en cuenta su experiencia.
- En tercer lugar están los rasgos, llamados factores y que determinan el comportamiento general de las personas.
- En cuarto lugar están las dimensiones, llamadas también superfactores, estas son Neuroticismo, Extroversión-Introversión y Psicoticismo llegando a tener cada una su propia independencia. Nuestra personalidad es capaz de determinarse teniendo en cuenta el puntaje que sacamos en cada una de estas dimensiones.⁵⁸

2.2.2.4 DIMENSIONES Y RASGOS DE LA PERSONALIDAD

- La ansiedad, el tener miedo, la tristeza y el ser tímido son rasgos que forman parte de Neuroticismo.
- El ser sociable, el ser asertivo, el ser despreocupado, tener osadía, espontaneidad y siempre andar en búsqueda de sensaciones son rasgos que forman parte de Extroversión – Introversión.
- La hostilidad, el ser agresivo, el egocentrismo y el ser cruel son rasgos que forman parte de Psicoticismo.⁵⁹

2.2.2.5 ESTRUCTURAS BIOLÓGICAS Y LA PERSONALIDAD

Hans Eysenck postuló que cada una de las dimensiones de la personalidad se correlacionaba con áreas específicas de nuestro sistema nervioso.

A) Extroversión-Introversión:

Según este autor existen dos tipos de personas, algunas son demasiado sensibles a estímulos, llegando a sentir incomodidad cuando experimentan sensaciones fuertes, en vez de eso prefieren una estimulación de nivel bajo. En cambio el otro grupo de personas no son muy sensibles a los estímulos por lo que si experimentan una estimulación de nivel bajo llegan a aburrirse y por eso les gusta disfrutar de ruidos fuertes y colores que resalten, a ellos les gusta ir a fiestas y relacionarse con muchas personas, mientras que el primer grupo prefieren estar solos y tranquilos, siendo llamados introvertidos.⁶⁰

El Sistema de Activación Reticular Ascendente, localizado en el tronco encefálico y cuya abreviación es SARA sería el encargado de regular la cantidad de estímulos provenientes del entorno. Si el SARA permite el ingreso de muchos estímulos nuestro sistema nervioso se sentiría excitado de sobremanera produciendo que evites la estimulación y que por lo tanto tengas una personalidad introvertida; con la personalidad extrovertida sucede todo lo contrario.⁶⁰

B) Neuroticismo:

Eysenck propuso otra diferencia sustancial entre las personas, él observó que ciertos individuos eran demasiado sensibles al estrés y que producto de ello experimentaban ansiedad y miedo, por el contrario había otros individuos menos sensibles al estrés y que experimentaban poca ansiedad y miedo.⁶¹

Al primer grupo de individuos que sienten preocupación y nerviosismo ante los problemas cotidianos de la vida los llamó personas neuróticas, al segundo grupo que ante los problemas y el estrés cotidiano no sienten emociones negativas los

llamó personas emocionalmente estables; producto de estas observaciones es que se sientan las bases para neuroticismo y estabilidad emocional.⁶¹

El sistema límbico de nuestro cerebro tiene como una de sus funciones regular nuestra respuesta al estrés, si este sistema se satura de estímulos estresantes y no los regula de una manera correcta la persona es proclive a tener una personalidad neurótica. Sucede todo lo contrario en las personas con personalidad estable.⁶¹

C) Psicoticismo:

En cuanto a esta dimensión Eysenck escribió que sus altos niveles se relacionaban a la conducta delictiva y a enfermedades vistas por la psiquiatría tales como la esquizofrenia y la depresión maniaca. Respecto a su correlación biológica dijo que los altos niveles de testosterona siendo varón o mujer y los bajos niveles de monoamino oxidasa, enzima reguladora de degradación de neurotransmisores, predisponen a que las personas obtengan un puntaje elevado de esta dimensión en el Cuestionario Revisado de Personalidad.⁶¹

2.2.2.6 RECONOCIMIENTO DE LA TEORÍA DE H. J. EYSENCK

En los años cincuenta del siglo pasado la Teoría de Hans J. Eysenck fue reconocida a nivel internacional, su instrumento empezó a ser usado en otros países y ser traducido a varios idiomas. Al mismo tiempo se estaba comprobando si se lograba replicar la estructura trifactorial en los contextos culturales de nuevos países, confirmándose años después que efectivamente la estructura trifactorial de la teoría psicobiológica de Eysenck se mantenía en países tan distintos culturalmente como Brasil, China o Nigeria.⁶²

2.2.2.7 RELACIÓN ENTRE RASGOS DE PERSONALIDAD Y DEPRESIÓN

A los rasgos de personalidad se los considera una estructura de naturaleza psicológica que forma parte en mayor o menor medida de todos los seres humanos. Los rasgos no solo sirven para describir las diferencias entre personas sino que también van a tener un papel importante influyendo en nuestro rumbo de

vida. El neuroticismo valora nuestra capacidad de adaptación y la inestabilidad emocional que podríamos tener, las personas que puntúan alto en neuroticismo tienden a ser ansiosos, a tensionarse fácilmente psicológicamente, a no ser tolerantes, tener ideas de fantasía, preocuparse demasiado, ser nerviosas, sensibles e inseguras, es por todas estas características que predispone fácilmente a la depresión. La extroversión valora la capacidad que poseemos de interactuar con las personas que nos rodean, nuestra necesidad de sentirnos estimulados, si somos activos o no como personas, si somos capaces de ser felices en nuestro diario vivir, por lo que las personas que puntúan alto en extroversión tienden a la sociabilidad, buscan divertirse regularmente, son optimistas, expresan su afecto hacia los demás ya que su sensibilidad a las demás personas está más desarrollada y por lo general expresan emociones positivas.⁶³

Neuroticismo se relaciona con la triada cognitiva que postula como primer componente que la persona posea una visión negativa de su ser, observándose como torpe y con poco valor, el segundo componente hace referencia a que interpreta negativamente las experiencias que vive diariamente, siente que en su entorno existen barreras impenetrables que impiden alcanzar sus objetivos de vida, por último el tercer componente tiene que ver con la visión negativa y pesimista de su futuro. Por lo tanto, los pensamientos distorsionados y pesimistas, que cada persona con sus diferentes rasgos de personalidad pudiera tener, son los responsables de la evolución y del mantenimiento de los síntomas depresivos. La teoría cognitiva menciona que existe una alteración cognitiva antes de aparecer algún cambio afectivo, siendo la primera la encargada de mantenerla en el tiempo, esta teoría reconoce la relación entre la personalidad y los desórdenes psicológicos presentes en una sociedad.⁶⁴

2.3 MARCO CONCEPTUAL:

- *Dimensiones de la Personalidad:* Son el centro de la teoría de Hans Eysenck quien las definió como estructuras con un origen psico-biológico que influyen en la conducta del individuo englobando a los diferentes rasgos de personalidad. Las dimensiones son llamadas también superfactores, estas son: Neuroticismo, extroversión-introversión y psicoticismo llegando a tener cada una su propia independencia.
- *Rasgos de la Personalidad:* Son un cúmulo de maneras de pensar y características propias que influyen en el comportamiento del individuo y que sin duda lo definen, sus bases están en la biología y en la cultura que rodea a la persona. Determinan la actitud que se toma en cada experiencia de la vida.
- *Depresión:* Enfermedad caracterizada principalmente por presentar una tristeza profunda y constante por lo menos por 2 semanas, a este síntoma se le acompaña la disminución del placer en hacer cosas que normalmente le solía gustar a la persona.
- *Puérpera:* Se llama así a la mujer que acaba de parir, la mujer pasa por 4 tipos de puerperio divididos en función del tiempo, el puerperio inmediato que termina luego de 24 horas del parto, el mediato que termina a los 10 días del parto, el tardío que termina a los 42 días del parto y el alejado que culmina a los 364 días del parto.

2.4 HIPÓTESIS DE ESTUDIO

HIPÓTESIS GENERAL

Según la literatura existe relación entre las dimensiones de la personalidad y la depresión posparto en las mujeres puérperas que acuden al Centro Materno Infantil “Santa Luzmila II” - Lima, 2022.

2.5 VARIABLES

Las variables de estudio son:

- Dimensiones de la personalidad
- Depresión posparto

Las cuales se clasifican en:

- Variable independiente: Dimensiones de la personalidad
- Variable dependiente: Depresión Posparto

Adicionalmente se evalúan los siguientes aspectos de las puérperas:

- Características Sociodemográficas: Edad, estado civil, grado de instrucción, situación laboral, religión, procedencia, en la actualidad vive en, actualmente vive con.
- Información sobre la COVID-19: Familiares con COVID-19, familiares fallecidos por la COVID-19.
- Antecedentes Clínicos: Enfermedad crónica previa a su último embarazo, antecedentes de enfermedad psiquiátrica.
- Antecedentes Obstétricos: Número total de hijos vivos, planificación de su último embarazo, uso de algún método anticonceptivo, consideración de aborto en su último embarazo, aplicación de lactancia materna exclusiva.

2.6 DEFINICIÓN DE CONCEPTOS OPERACIONALES

La matriz de operacionalización de las variables se puede ver en el Anexo 01.

CAPÍTULO III

METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN

3.1 DISEÑO METODOLÓGICO

3.1.1 TIPO DE INVESTIGACIÓN

- ❖ **Observacional:** Debido a que solo se limitó a medir las variables del estudio (Dimensiones de la personalidad y depresión posparto, además de características sociodemográficas, información sobre la COVID-19 y antecedentes clínicos y obstétricos).
- ❖ **Prospectivo:** Porque nos comunicamos vía telefónica con las puérperas durante el mes de setiembre del 2022 recolectando información con apoyo de los instrumentos del estudio.
- ❖ **Transversal:** Porque se analizó la relación entre las variables de estudio en una sola llamada telefónica, es decir en un momento determinado único en el tiempo.

3.1.2 NIVEL DE INVESTIGACIÓN

Estudio de corte transversal de tipo analítico.

3.2 POBLACIÓN Y MUESTRA

3.2.1 POBLACIÓN DE ESTUDIO

Puérperas que acudieron a dar a luz al Centro Materno Infantil “Santa Luzmila II”.

3.2.2 CRITERIOS DE SELECCIÓN

Criterios de Inclusión:

- Puérperas mayores de 18 años.
- Puérperas atendidas en el año 2022.
- Puérperas atendidas en el Servicio de Obstetricia del Centro Materno Infantil “Santa Luzmila II”.
- Puérperas que dieron su consentimiento informado para ser parte del estudio.

Criterios de Exclusión:

- Puérperas menores de 18 años.
- Puérperas con algún trastorno de la personalidad.
- Puérperas con Diagnóstico psiquiátrico de Esquizofrenia.
- Puérperas que se negaron a responder alguna pregunta por diversas razones.

3.2.3 MUESTRA

El tipo de muestreo fue no probabilístico por conveniencia, se obtuvo la información pertinente para el contacto de las puérperas que dieron a luz en el CMI “Santa Luzmila II” durante el año 2022 y se procedió a seleccionar a las puérperas teniendo en cuenta los siguientes criterios: Mujeres mayores de edad en rango de 6 semanas a 6 meses de puerperio que no posean algún trastorno de la personalidad ni esquizofrenia y que aceptaron ser parte del estudio a través del consentimiento informado respondiendo a todas las preguntas de los cuestionarios, finalmente se consideró un total de 201 puérperas para nuestro estudio.

3.3 TÉCNICAS E INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS

3.3.1 ESCALA PARA DEPRESIÓN POSPARTO DE EDIMBURGO (EDPE)

Esta prueba evalúa la sintomatología depresiva durante los últimos 7 días. Se creó para tamizar a puérperas a partir de las 6 semanas posparto y captar casos de DPP antes de que esta evolucione en severidad. Este cuestionario se compone de 10 preguntas con 4 posibles respuestas que la paciente debe de contestar sinceramente. El puntaje en las alternativas va de 0 a 3 dependiendo de la pregunta. Esta escala es utilizada para determinar dicotómicamente si la puérpera tiene o no DPP.⁶⁵ Actualmente al ver la necesidad de identificar la severidad de la sintomatología depresiva en las puérperas, para un mejor tratamiento, se hicieron comparaciones con base en los rangos de severidad establecidos según el inventario de depresión de Beck (IDB). Para poder determinar los rangos de severidad dividimos el puntaje de la siguiente manera:

0-6 No DPP o mínimo, 7-13 DPP leve, 14-19 DPP moderada, 19-30 Severa. Como se puede observar el puntaje 19 es compartido por la severidad moderada y severa, esto es debido a que el puntaje 19 de la EDPE en las correlaciones hechas con el IDB corresponde con los puntajes 29 y 30, donde 29 es el límite superior del rango moderado y 30 el límite inferior del rango severo. Sin embargo al calcular los intervalos de confianza estadísticos se consideró a 19 como límite inferior del rango severo de la EDPE. ⁶⁶

A continuación, se muestra un resumen de las correlaciones hechas:

Rango de Severidad	EDPE	IDB
No o mínima DPP	0-6ptos	0-9ptos
Leve DPP	7-13ptos	10-18ptos
Moderada DPP	14-19ptos	19- 29 ptos
Severa DPP	19-30ptos	30 -63ptos

3.3.2 CUESTIONARIO REVISADO DE PERSONALIDAD DE EYSENCK (EPQ-R)

Este Cuestionario evalúa las dimensiones de la personalidad del individuo, que son 3 (Extroversión-Introversión, Neuroticismo y Psicoticismo). Cada dimensión está compuesta por varios rasgos de personalidad.

- Extroversión-Introversión está compuesta por 19 ítems: Pregunta 1, 4, 8, 12, 18, 22, 27, 29, 36, 39, 42, 46, 49, 52, 55, 64, 74, 75 y 78.
- Neuroticismo está compuesta por 23 ítems: Pregunta 3, 5, 10, 13, 16, 19, 25, 28, 31, 34, 38, 43, 53, 58, 60, 62, 66, 68, 69, 71, 76, 80 y 82.
- Psicoticismo está compuesta por 23 ítems: Pregunta 2, 6, 9, 14, 21, 23, 24, 30, 33, 37, 40, 41, 45, 47, 50, 56, 57, 61, 65, 67, 72, 79 y 83.

Es usado en individuos adultos (mayor igual a 18 años). Consta de 83 preguntas cuyas respuestas son Sí o No, donde se recomienda al paciente marcar sin pensar mucho. La calificación está en base del Baremos que viene incorporado en todo el paquete del Instrumento y varía un poco si el paciente a evaluar es de

sexo masculino o femenino. Para determinar la intensidad de cada dimensión de la personalidad tomamos en cuenta el puntaje obtenido:

Intensidad de cada Dimensión de la Personalidad	Puntaje Obtenido
Muy Poco	1 a 35ptos
Poco	36 a 45ptos
Moderado	46 a 55ptos
Bastante	56 a 65ptos
Muy Alto	66 a 99ptos

De esta manera se determina la dimensión de la personalidad que predomina más en las personas.⁶⁷

3.3.3 FICHA DE RECOLECCIÓN DE DATOS

Por último, se implementó una ficha de recolección de datos con el fin de obtener información sociodemográfica, información sobre la COVID-19, antecedentes clínicos de las puérperas, además de sus antecedentes obstétricos.

3.3.4 VALIDACIÓN Y CONFIABILIDAD DEL INSTRUMENTO

El Cuestionario para Depresión Posparto de Edimburgo fue diseñado por Cox, Holden y Sagovsky en los 80s del siglo pasado, en los hospitales de las ciudades de Livingston y de Edimburgo como un instrumento de ayuda para hacer frente a la Depresión Posparto de manera precoz. Se tradujo a más de 11 lenguajes y fue validado en diversos países cuya lengua materna no es el inglés. Se demostró su sensibilidad en la detección de pacientes vulnerables.⁶⁸

El mencionado instrumento ya fue validado en el Perú con el propósito de aplicarlo en nuestra población, con características totalmente diferentes a las de otros países. Se validó este test con más de 320 puérperas que acudieron al

Hospital Nacional Cayetano Heredia, su sensibilidad fue de 84,21% y su especificidad fue de 79,47% para el Diagnóstico de Depresión Posparto.⁶⁹

El Cuestionario Revisado de Personalidad de Eysenck, escrito abreviadamente (EPQ-R) fue creado en base a las dimensiones de la personalidad en 1985, algunos años después fue traducida y adaptada al idioma de Cervantes donde se comprueba su fiabilidad interna y la consistencia de su puntaje por medio de la correlación Testretest. La estructura de los factores se adapta perfectamente al modelo de 3 dimensiones de sus autores originales. La escala Psicoticismo tuvo ventajas de tipo psicométrico con relación al cuestionario previo sin revisar.⁷⁰

En el año 2018 fue publicado un estudio realizado en el Perú cuyo objetivo era conseguir una valoración adecuada de la consistencia interna del EPQ-R en nuestras tierras para lo cual se evaluó la confiabilidad por consistencia. Para este estudio participaron 115 personas residentes en la ciudad de Lima, los resultados arrojaron que las puntuaciones en las dimensiones Extroversión y Neuroticismo expresan un buen nivel de confiabilidad, y que la dimensión Psicoticismo junto con la Escala de Veracidad L tienden a expresar coeficientes un poco más bajos, sin embargo se comprobó la fiabilidad de este instrumento en nuestra población.⁷¹

3.4 DISEÑO DE RECOLECCIÓN DE DATOS

Se redactó y envió un documento al despacho de la Dra. Jefe del CMI “Santa Luzmila II” exponiéndole los objetivos de la presente investigación y de los beneficios potenciales hacia las pacientes que son atendidas en dicho Centro de Salud. Seguidamente en ese mismo documento se le pidió por favor autorice a los profesionales de salud a su cargo me proporcionen la información pertinente para poder contactarme vía telefónica con las puérperas.

La recolección de datos fue telefónicamente, el investigador se presentó, indicó el motivo de la llamada y a continuación procedió a leer el consentimiento Informado. Se procedió a seleccionar aquellas puérperas que cumplían con los criterios de inclusión y luego se aplicó los instrumentos de la investigación a todas

las puérperas que aceptaron ser parte del estudio una vez informadas de los beneficios y riesgos.

3.5 PROCESAMIENTO Y ANÁLISIS DE DATOS

Luego de haber obtenido la información respectiva en la ficha de recolección de datos, en la “Escala para depresión posparto de Edimburgo” y en el “Cuestionario revisado de personalidad de Eysenck” se procedió a realizar el editado, validado y codificado en Microsoft Excel 2010; posteriormente los datos fueron tabulados en el programa estadístico IBM SPSS STATISTICS V.29.

Con respecto al análisis estadístico, para determinar la asociación entre las dimensiones de la personalidad y la depresión posparto (niveles) se usó la prueba chi-cuadrado, además, debido a que nuestra variable dependiente es dicotómica se usó el modelo de regresión logística binaria con el fin de ver cómo actúan las covariables en relación a la depresión posparto.

3.6 ASPECTOS ÉTICOS

El Presidente del Comité Institucional de Ética en Investigación (CIEI) de la Universidad Privada San Juan Bautista SAC, Mg Juan Antonio Flores Tumba, dejó constancia que el Proyecto de Investigación de la presente Tesis fue **APROBADO** por el CIEI, contando con **Código de Registro: N° 1301-2022-CIEI-UPSJB**.

El presente estudio se llevó a cabo de conformidad con la declaración de Helsinki. Esta investigación siguió los principios bioéticos básicos:

Justicia: Ya que se evaluó a todas las puérperas sin excepción que, una vez informadas sobre el estudio, tuvieron la voluntad de participar.

Beneficencia-No maleficencia: Los beneficios que se obtuvieron de esta investigación fueron tanto para las mismas puérperas, ya que pudieron conocer su estado de salud mental, y también para la sociedad, ya que permitió generar

evidencias sobre la relación de las dimensiones de la personalidad y la depresión posparto, lo cual repercutirá en el futuro cercano en políticas de salud mental en ellas, todo con la finalidad de mejorar la atención hacia las pacientes. En caso de que se hubiera presentado alguna alteración aguda en la salud mental de las participantes, por causa de participar en la investigación (riesgo de participar), se indicó la comunicación inmediata con el investigador para recibir la atención oportuna. Cabe mencionar que ninguna de las participantes en este estudio presentó alguna alteración de ese tipo.

Autonomía: Se solicitó a cada puérpera escuchar el consentimiento informado, que proporcionó los lineamientos básicos de la investigación, además de sus derechos (anonimato y el abstenerse de participar en caso de considerarlo pertinente). Se les informó a las participantes que la información suministrada para este estudio tuvo el único fin de servir para la investigación. La participante tuvo la libertad de cortar la llamada en cualquier momento si no estuvo de acuerdo en participar de la investigación, pese a esto sucedió todo lo contrario y muchas de ellas nos dieron una respuesta afirmativa, demostrando su consentimiento para la utilización de la ficha de recolección de datos y los test psicométricos para los fines ya mencionados. ***La investigación se llevó a cabo una vez se obtuvo la autorización del Comité de Ética de la Universidad Privada San Juan Bautista.***

Se dió el apoyo multidisciplinario correspondiente en el Centro Materno Infantil “Santa Luzmila II” a las puérperas que obtuvieron puntajes compatibles con la depresión posparto, de ser el caso y como los profesionales de la salud que laboran en dicho centro crean necesario las pacientes fueron derivadas a un centro de salud de mayor complejidad, además se les brindó a las participantes y a los familiares el número telefónico del investigador responsable, con la finalidad de que puedan comunicarse con él en caso de presentarse algún inconveniente durante su atención médica.

Los datos fueron confidenciales durante todo el proceso de investigación y sólo el investigador tuvo acceso a estos datos.

CAPÍTULO VI

ANÁLISIS DE LOS RESULTADOS

4.1 RESULTADOS

Durante el periodo de estudio (setiembre - 2022) se entrevistaron vía telefónica a 201 puérperas que meses previos (de marzo a julio 2022) habían acudido al CMI “Santa Luzmila II” a dar a luz, quienes cumplían con los criterios de selección y que además dieron su consentimiento informado para ser parte de la presente investigación.

4.1.1 CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS

La edad de las puérperas varía de 18 a 42 años, alcanzando una mediana de 27 años. El 67.2% era menor de 30 años, el 92.1% no llegó a la etapa universitaria, el 75.1% era conviviente, el 85.6% se desempeñaba en un trabajo no remunerado (ama de casa), el 73.1% tuvo algún familiar que se enfermó de COVID-19, el 46.8% mencionó no haber planificado su último embarazo, el 16.4% no usaba ningún método anticonceptivo y el 79.1% mencionó dar lactancia materna exclusiva a su bebé. En promedio tuvieron 2 hijos. Siendo el mínimo de hijos de 1 y el máximo de 7 hijos. (Tabla 1)

Tabla N° 1. Características Sociodemográficas de las Puérperas

	n	%
Puérperas	201	-
GRUPO DE EDAD		
De 18 a 30 años	135	67.2
De 31 a 42 años	66	32.8
GRADO DE INSTRUCCIÓN		
Primaria	4	2.0
Secundaria	135	67.2
Técnico	46	22.9
Universitario	16	7.9
PROFESA ALGUNA RELIGIÓN		
Sí	186	92.5
No	15	7.5

ESTADO CIVIL		
Soltera	32	15.9
Conviviente	151	75.1
Casada	16	8.0
Viuda	2	1.0
SITUACIÓN LABORAL		
Desempleado	7	3.4
Trabajo no remunerado (Ama de Casa)	172	85.6
Trabajo informal	8	4.0
Trabajo formal	14	7.0
LUGAR DE NACIMIENTO		
Lima	118	58.7
Provincia	83	41.3
CASOS DE INFECCIÓN FAMILIAR POR COVID-19		
Sí	147	73.1
No	54	26.9
FAMILIARES FALLECIDOS POR COVID-19		
Sí	35	17.4
No	166	82.6
VIVE EN		
Lima	190	94.5
Provincia	11	5.5
VIVE CON		
Sola	18	9.0
Pareja	166	82.6
Padres/otros familiares	17	8.4
ANTECEDENTES DE ENFERMEDAD PSIQUIÁTRICA		
Depresión mayor	12	6.0
Ansiedad	16	7.9
Adicción a drogas y/o alcohol	1	0.5
Ninguna	172	85.6
ÚLTIMO EMBARAZO FUE PLANIFICADO		
Sí	107	53.2
No	94	46.8
USO DE ALGÚN MÉTODO ANTICONCEPTIVO		
Sí	168	83.6

No	33	16.4
CONSIDERÓ ABORTAR SU ÚLTIMO EMBARAZO		
Sí	17	8.5
No	184	91.5
LACTANCIA MATERNA EXCLUSIVA		
Sí	159	79.1
No	42	20.9
NÚMERO DE HIJOS VIVOS		
<3	148	73.6
≥ 3	53	26.4

4.1.2 DIMENSIÓN DE LA PERSONALIDAD Y DEPRESIÓN POSPARTO

Dimensiones de la Personalidad:

De acuerdo al Cuestionario Revisado de Personalidad de Eysenck, el 46.8% de las puérperas tenía como dimensión predominante psicoticismo, seguido de extroversión-introversión en 38.3% y por último neuroticismo en 14.9%. (Tabla 2)

Depresión Posparto:

De acuerdo a la Escala de Depresión Posparto de Edimburgo, el 20.9% (n=42) de las puérperas habían presentado DPP, de las cuales el 47.6% presentaron depresión leve y el 33.3% presentaron depresión severa. (Tabla 2)

Tabla N° 2. Dimensiones de la Personalidad y Nivel de Depresión Posparto

		n	%
Puérperas		201	-
Dimensiones de la personalidad	Neuroticismo	30	14.9
	Psicoticismo	94	46.8
	Extroversión-Introversión	77	38.3
Nivel de Depresión Posparto	Leve	20	10.0
	Moderado	8	4.0
	Severo	14	6.9
	No tuvo DPP	159	79.1

4.1.3 DIMENSIÓN PREDOMINANTE EN LA PERSONALIDAD DE LAS PUÉRPERAS

En puérperas con DPP, en 71.4% de ellas predominó neuroticismo, sin embargo en las puérperas que no sufrían DPP no presentaron neuroticismo. Por otro lado, psicoticismo predominó en las puérperas sin DPP en 52.8%, y en relación a extroversión-introversión, esta dimensión se presentó en pocos casos (4.8%) en las puérperas que padecían DPP, en cambio en aquellas sin DPP se presentó en 47.2% de los casos. (Tabla 3)

Tabla N° 3. Dimensión de la personalidad predominante en puérperas sin DPP y con DPP:

		n	%
Puérperas sin DPP	Neuroticismo	0	0.0
	Psicoticismo	84	52.8
	Extroversión-Introversión	75	47.2
	TOTAL	159	100.0
Puérperas con DPP	Neuroticismo	30	71.4
	Psicoticismo	10	23.8
	Extroversión-Introversión	2	4.8
	TOTAL	42	100.0

4.1.4 COVARIABLES Y DEPRESIÓN POSPARTO

Para determinar si la DPP (No vs Sí) se relaciona con las covariables, las características sociodemográficas se agruparon en 2 categorías, las cuales fueron analizadas mediante el estadístico de prueba chi –cuadrado.

El 64.3% y 67.9% de las puérperas fueron ≤ 30 años de edad ($p= 0.655$) en aquellas con DPP y no DPP, respectivamente. El 69.0% y 69.2% no tenían educación superior ($p=0.987$), el 85.7% y 89.9% no percibe remuneración ($p=0.436$), el 69.0% y 74.2% tuvo familiares con COVID-19 ($p=0.502$), el 38.1% y 8.2% tuvo algún antecedente de enfermedad psiquiátrica ($p=0.001$), el 45.2% y 21.4% tuvo un número total de hijos vivos ≥ 3 ($p=0.002$), el 23.8% y 14.5% mencionó no usar algún método anticonceptivo ($p=0.146$), el 45.2% y 47.2% mencionó no haber planificado su último embarazo ($p=0.823$), el 28.6% y 3.1% consideró abortar su último embarazo ($p=0.001$), el 19.0% y 21.4% no tuvieron lactancia materna exclusiva a sus bebés ($p=0.741$) en aquellas con DPP y no DPP, respectivamente. (Tabla 4)

Tabla N° 4. Asociación entre covariables y depresión posparto

	NO DPP	DPP	p
Puérperas	159	42	-
Edad			0.655
≤ 30	108 (67.9)	27 (64.3)	
> 30	51 (32.1)	15 (35.7)	
Estado Civil			0.273
No Soltera	136 (85.5)	33 (78.6)	
Soltera	23 (14.5)	9 (21.4)	
Grado de Instrucción			0.987
No Superior	110 (69.2)	29 (69.0)	
Superior	49 (30.8)	13 (31.0)	
Situación Laboral			0.436
No Percibe Remuneración	143 (89.9)	36 (85.7)	
Percibe Remuneración	16 (10.1)	6 (14.3)	
Vive con			0.885
Sola	14 (8.8)	4 (9.5)	
Acompañada	145 (91.2)	38 (90.5)	

Familiares con COVID-19			0.502
No	41 (25.8)	13 (31.0)	
Sí	118 (74.2)	29 (69.0)	
Familiares fallecidos con COVID-19			0.886
No	131 (82.4)	35 (83.3)	
Sí	28 (17.6)	7 (16.7)	
Antecedentes de Enfermedad Psiquiátrica			0.001
No	146 (91.8)	26 (61.9)	
Sí	13 (8.2)	16 (38.1)	
Número total de hijos vivos			0.002
< 3	125 (78.6)	23 (54.8)	
≥ 3	34 (21.4)	19 (45.2)	
Planificó su último embarazo			0.823
No	75 (47.2)	19 (45.2)	
Sí	84 (52.8)	23 (54.8)	
Uso de algún Método Anticonceptivo			0.146
No	23 (14.5)	10 (23.8)	
Sí	136 (85.5)	32 (76.2)	
Consideró abortar su último embarazo			0.001
No	154 (96.9)	30 (71.4)	
Sí	5 (3.1)	12 (28.6)	
Aplica Lactancia Materna exclusiva			0.741
No	34 (21.4)	8 (19.0)	
Sí	125 (78.6)	34 (81.0)	

4.1.5 DIMENSIONES DE LA PERSONALIDAD Y NIVELES DE DEPRESIÓN POSPARTO

El 63.3% de las puérperas con neuroticismo presentaron DPP moderado-severo, en cuanto a psicoticismo en el 89.4% de puérperas con esta dimensión no presentaron DPP, y por último, solo 1 puérpera (1.3%) con extroversión-introversión presentó DPP moderado-severo. (Tabla 5)

Se halló asociación entre las dimensiones de la personalidad y los niveles de depresión posparto (normal-leve vs moderado-severo, $p=0.001$), resaltándose a neuroticismo con la DPP moderada-severa.

Tabla N°5. Asociación entre dimensión de la personalidad y DPP

			Niveles de Depresión Posparto			Total
			Normal	Leve	Moderado-Severo	
Dimensión de la Personalidad predominante	Neuroticismo	n	0	11	19	30
		%	0.0	36.7	63.3	100.0
	Psicoticismo	n	84	8	2	94
		%	89.4	8.5	2.1	100.0
	Extroversión-Introversión	n	75	1	1	77
		%	97.4	1.3	1.3	100.0
Total	Total	n	159	20	22	201
		%	79.1	10.0	10.9	100.0

4.1.6 DEPRESIÓN POSPARTO Y COVARIABLES

Se analiza el efecto de las covariables en la depresión posparto (no vs sí) mediante el modelo de regresión logística con método de selección de variables paso a paso (método stepwise), incluyendo todas variables, a excepción de la variable religión, lugar de nacimiento, donde vive, planificó su último embarazo, enfermedad crónica, por pocos casos en alguna de las categorías de la variable. Así mismo, no se incluyó en el modelo las dimensiones de personalidad predominantes, debido a que todos los casos de neuroticismo estuvieron asociados a DPP (lo que no permite estimar el OR).

Los resultados del análisis indican que las variables asociadas a DPP ($p < 0.05$) fueron antecedentes de enfermedad psiquiátrica, número de hijos, uso de algún método de anticoncepción, y pensó abortar el último embarazo. Las demás variables no tuvieron un efecto significativo en la DPP ($p > 0.05$). (Tabla 6)

Es decir, las puérperas con antecedentes de enfermedad psiquiátrica (AEPs) presentaron un riesgo de DPP en 4.6 veces más que aquellas sin AEPs. Aquellas

con número de hijos mayor igual a 3 presentaron un riesgo de 4.1 veces más que aquellas con menor igual a 2 hijos. Quienes no utilizaron algún método de anticoncepción presentaron un riesgo de 3.3 veces más que en aquellas que si utilizaron anticonceptivos. Finalmente, aquellas que consideraron abortar el último embarazo presentaron un riesgo de DPP de 36.7 veces más que en aquellas que no pensaron en abortar. (Tabla 6)

Tabla N° 6. Factores asociados a la depresión posparto mediante el modelo de Regresión Logística Binaria

	OR (IC95%)	p
Antecedentes de enfermedad Psiquiátrica		
No	referencia	
Si	4.6 (1.7, 12.8)	<0.001
Número de hijos		
<3	referencia	
≥ 3	4.1 (1.7, 9.7)	0.003
Uso de algún Método Anticonceptivo		
No	referencia	
Si	3.3 (1.1, 10.4)	0.037
Consideró abortar su último embarazo		
No	referencia	
Si	36.7 (7.7, 174.8)	<0.001
Variables no significativas:		
• Edad	-	0.687
• Estado civil	-	0.867
• Grado de instrucción	-	0.659
• Situación laboral	-	0.732
• Vive con pareja	-	0.457
• Familiares con COVID 19	-	0.634
• Familiares fallecidos por COVID 19	-	0.558
• Aplica Lactancia Materna exclusiva	-	0.958

4.2 DISCUSIÓN

Se halló relación entre las dimensiones de la personalidad y los niveles de depresión posparto, resaltándose a neuroticismo con la DPP moderada-severa. La consideración de abortar su última gravidez, contar con antecedentes de enfermedad psiquiátrica, tener de 3 hijos a más y no usar ningún método anticonceptivo presentaron más riesgo de depresión durante el puerperio.

Desde una perspectiva biopsicosocial nuestra personalidad se divide en 3 dimensiones: Psicoticismo, extroversión-introversión y neuroticismo, este último ha sido causa de numerosos estudios debido a que se le relaciona con la ansiedad, la tristeza y el miedo, en el mundo podemos citar a la investigación realizada por Marín D.(28) et. al quien observó que neuroticismo era la única dimensión que predecía la DPP y en Perú encontramos al estudio realizado por Quispe V.(14), quien halló una relación significativa entre neuroticismo y DPP, esto corrobora lo obtenido en nuestra investigación donde se resalta a neuroticismo con la DPP moderada-severa, en nuestra investigación se halló una relación significativa entre los antecedentes de enfermedad psiquiátrica, número total de hijos vivos, consideración de aborto en el último embarazo y la DPP, en la suya se encontró que el número de hijos, el grado de instrucción y la ocupación tenían una relación estadísticamente significativa con la DPP. Según De Lima N. (72) el 33% de las puérperas con DPP apenas alcanzaron el ensino médio lo equivalente en Brasil de nivel secundaria, en nuestro estudio el 67.2% lograron concluir dicho nivel académico. Fraga D. (73) menciona que el 52.1% de puérperas con DPP convivía con su pareja, mientras que en nuestro estudio el 75.1% hacía lo mismo. Cabe resaltar que Romero G. (15) intentó determinar la relación entre las características sociodemográficas y el riesgo de desarrollar DPP, concluyendo que no existe relación entre estas, por el contrario en nuestro estudio, en el modelo de regresión logística binaria se obtuvo que las madres que tuvieron dentro de sus opciones el aborto presentaron un mayor riesgo de padecer este trastorno afectivo en comparación con las otras características sociodemográficas asociadas a DPP.

Cabe mencionar también a otro estudio realizado por Marín D. (22) que a diferencia de los estudios previamente citados, además de neuroticismo agregó extroversión-introversión como dimensión de la personalidad relacionada con la depresión en el puerperio. Durante el puerperio la mujer atraviesa por diversos cambios a nivel corporal y emocional, es por ello que es necesario un soporte familiar, como lo obtenido por Maryami F. et. al. (18) que encontró que cuanto más es el apoyo social a las madres, menos casos de depresión posparto fueron detectados; en nuestro estudio el 16.9% eran solteras o viudas careciendo de cualquier tipo de apoyo familiar. Según Maliszewska et. al. (20) uno de los factores protectores para no padecer DPP fue la lactancia materna; en nuestra investigación el 79.1% dieron lactancia materna exclusiva a su bebé en los primeros días de nacido, pese a esto no se encontró significancia estadística entre esta covariable y la DPP. Según Silva E. (74) el 37% de las puérperas con DPP tenía antecedentes de sufrir de ansiedad, mientras que en nuestro estudio el 7,9% tenía ese antecedente. En cuanto a la prevalencia de DPP Fernandez K. et al. (23) encontró que la prevalencia de DPP en adolescentes era de 84.2% y en las puérperas adultas esta disminuyó a 81.5%, en ambos grupos etarios predominó la DPP moderada, mientras que en nuestra investigación la DPP moderada (4.0%) fue inferior a la DPP leve (10.0%), además solo alrededor del 20% presentaron síntomas compatibles con DPP.

El hecho de que las puérperas pensaron en abortar durante su embarazo refleja probablemente una falta de soporte emocional en su entorno cercano para sobrellevar esta etapa, el saber los antecedentes psiquiátricos de las pacientes brinda a los profesionales de la salud mental herramientas a tener en cuenta a la hora de evaluar puérperas ya que debido a los cambios psico-emocionales se pueden repetir los cuadros de ansiedad, depresión mayor o adicción a sustancias psicotrópicas. Actualmente con las variaciones socio-políticas en el Perú los víveres pertenecientes a la canasta básica familiar se han encarecido representando un duro golpe a la economía de las familias con presupuesto limitado contribuyendo a la preocupación, tristeza y desesperación de las madres en periodo de puerperio con varios hijos.

El haber encontrado puérperas que no usan ningún método anticonceptivo y que muchas de ellas hayan pensado en abortar refleja la falta de sensibilización en lo referente a la planificación familiar, por otro lado más de la mitad de las puérperas no alcanzaron a estudiar estudios superiores reflejando una carencia de oportunidades para estudiar una carrera técnica o universitaria. Como solución a estos problemas se podría intensificar las campañas de planificación familiar y el obsequio de métodos anticonceptivos, así como la creación de una mayor cantidad de becas universitarias que beneficien a mujeres de escasos recursos económicos.

En cuanto a las limitaciones que se enmarca nuestra investigación está la secuencia temporal de diseño transversal, por lo que solo se pudo establecer correlaciones entre las variables de estudio en ese periodo de tiempo y no se pudo establecer causalidad. Debido a la forma como se obtuvo los elementos de la muestra no se pudo extrapolar los datos obtenidos a la población. Por último, la carencia de estudios indexados en Perú y en latinoamérica que tengan como variables de estudio a las dimensiones de la personalidad y a la depresión posparto provoca que no se tenga un registro concreto de la relación de estas variables en nuestra área geográfica.

CAPÍTULO V

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

5.1 CONCLUSIONES

La dimensión de personalidad predominante fue neuroticismo en puérperas con DPP, por otra parte psicoticismo y extroversión-introversión predominaron relativamente en aquellas sin DPP, cabe añadir que la DPP fue asociada de manera importante al antecedente de enfermedad psiquiátrica, número de hijos e intención de aborto del último embarazo, finalmente se observó que 1 de cada 5 puérperas presentó un puntaje positivo para depresión posparto en la Escala de Edimburgo.

Latinoamérica es una de las regiones del mundo donde las mujeres que atraviesan la etapa del puerperio tienden a desarrollar con frecuencia depresión posparto, es por ello que en Perú es menester incrementar el número de investigaciones de manera conjunta y coordinada en los centros de salud con un enfoque en la prevención, el diagnóstico precoz y el tratamiento.

5.2 RECOMENDACIONES

Se insta a todos los hospitales y centros de salud a realizar más campañas de sensibilización sobre la depresión posparto para que de esa forma las puérperas sean más conscientes de los síntomas de esta afección psíquica. Recordar que es importante el tratamiento precoz para evitar que la salud mental siga empeorando y que esto pueda llevar a desenlaces fatales.

Se recomienda aplicar la Escala de Edimburgo a las puérperas aprovechando los controles pediátricos de sus hijos y si fuera posible, dar charlas informativas a la pareja o en general a la familia de la puérpera afectada ya que el soporte emocional de alguien cercano será de mucha importancia a lo largo de todo el tratamiento.

BIBLIOGRAFÍA

1. Masías A., Arias W. Prevalence of postpartum depression in Arequipa. *Rev Med Hered Perú*. 2018; 29(1):226-231.
2. Meléndez M., Díaz M., Bohorjas L., Cabaña A., Casas J., Castrillo M., et al. Depresión postparto y los factores de riesgo. *Rev de la Fac de Ciencias de la Salud Venezuela*. 2017; 21(3).
3. González-González A. Associated factors for postpartum depression. *Rev Arch Med Camagüey Cuba*. 2019; 23(6).
4. Villegas N., Paniagua A., Vargas J. Generalidades y diagnóstico de la depresión posparto. *Rev Méd Sinergia Costa Rica*. 2019; 4(7).
5. Lara M., Patiño P., Navarrete L., Hernández Z., Nieto L. Association between depressive symptoms and psychosocial factors and perception of maternal self-efficacy in teenage mothers. *Rev Salud Ment México*. 2017; 40(5): 201-208.
6. Bermejo-Sánchez R., Peña-Ayudante R., Espinoza- Portilla E. Depresión perinatal en tiempos del COVID-19: Rol de las redes sociales en Internet. *Acta Med Perú*. 2020; 37(1):88-93.
7. Hymas R., Girard C. Predicting postpartum depression among adolescent mothers: A systematic review of risk. *Rev Affect Disord* 2019; 246(1): 873–885.
8. Molero K., et al. Prevalencia de depresión posparto en puérperas adolescentes y adultas. *Rev Chil Obstet Ginecol Chile*. 2014; 79(4): 294 – 304
9. Pérez-Solís D., Rodríguez-Vargas M., Rodríguez-Ricardo A. Prevalence of mental disorder in pregnant women. *Rev Arch Méd Camagüey Cuba*. 2020; 24(4).
10. Imaz M., et al. Substance use during pregnancy and personality dimensions. *Rev Adicciones España*. 2020; 20(10): 1-11.
11. Pariona E., Moquillaza V., García J., Cuya E. Factores psicosociales asociados a la depresión en gestantes atendidas en un centro materno infantil peruano, 2018. *Rev chil obstet ginecol* 2020; 85(5): 494-507.

12. Wan M., Salarzadeh J., Samsudin N. Postpartum depression symptoms in survey-based research: A structural equation analysis. *BMC Public Health Malaysia*. 2021; 21(1).
13. Ortiz C., Palacios L., Trujillo A. Depresión Post Parto. *Rev Elect Psyconex Colombia*. 2018; 10(16): 1-10.
14. Quispe M.V. Influencia del tipo de personalidad en la depresión postparto en mujeres atendidas en establecimientos de salud de nivel I y III de la ciudad de Arequipa. [Tesis]. Perú. Universidad Católica de Santa María; 2020
15. Romero M.E. Relación entre características sociodemográficas y riesgo de Depresión Postparto en púerperas de la Clínica Good Hope. [Tesis]. Lima. Universidad Ricardo Palma; 2016.
16. Puyané M. et al. Personality traits as a risk factor for postpartum depression: A systematic review and meta-analysis. *J of Affect Disorders España*. 2022; 298(1):577–589.
17. Han L., et al. Between Personality Traits and Postpartum Depression: The Mediated Role of Maternal Self-Efficacy. *Rev Neuropsych Disease and Treatment China*. 2022; 18(1):597–609.
18. Maryami F., et al. The role of social support and personality traits in the incidence of postpartum depression. *J of Gorgan University of Med Sciences Iran*. 2020; 22(1): 88-94.
19. Axfors C., Sylvén S., Ramklint M., Skalkidou A. Adult attachment's unique contribution in the prediction of postpartum depressive symptoms, beyond personality traits. *J of Affect Disorders Sweden*. 2017; 222(1):177–184.
20. Maliszewska K., Świątkowska-Freund M., Bidzan M., Preis K. Screening for maternal postpartum depression and associations with personality traits and social support. A Polish follow-up study 4 weeks and 3 months after delivery. *Rev Psychiatr Pol* 2017; 51(5): 889–898.
21. Denis A., Luminet O. Cognitive factors and post-partum depression: What is the influence of general personality traits, rumination, maternal self-esteem, and alexithymia?. *Rev Clin Psychol Psych France*. 2017; 1(1):1–9.

22. Marín M.D. Influencia de la personalidad y las variables cognitivo-afectivas en el embarazo y puerperio. [Tesis]. España. Universidad Rey Juan Carlos; 2013.
23. Fernández K., Iturriza A., Toro J., Valbuena R. Depresión Posparto valorada mediante la escala de Edimburgo. Rev Obstet Ginecol Venez Venezuela. 2014; 74(4):229-243.
24. Adejuwon G., Adekunle I., Ojeniran M. Social Support and Personality Traits as Predictors of Psychological Wellbeing of Postpartum Nursing Mothers in Oyo State. Intern J of Caring Sciences Nigeria. 2018; 11(2): 704-718.
25. Piñar G., Suárez G., De la Cruz N. Actualización sobre el trastorno depresivo mayor. Revmédsinerg Costa Rica. 2020; 5(12):e610.
26. Carrillo-Mora P., et al. Cambios fisiológicos durante el embarazo normal. Rev de la Fac de Med de la UNAM. México. 2021; 64(1):135-146.
27. Pizarro M.C. Factores asociados a la Depresión Postparto: Análisis secundario de la encuesta demográfica y de salud familiar del 2018. [Tesis]. Lima. Universidad Ricardo Palma; 2020.
28. Marín D., Carmona F., Peñacoba C. Personality, depressive symptoms during pregnancy and their influence on postnatal depression in Spanish pregnant Spanish women. An de psic España. 2014; 30(3): 908-915.
29. Constanza M.B., Saldivia S. Actualización en depresión postparto: El desafío permanente de optimizar su detección y abordaje. Rev Med Chile Santiago. 2015; 143: 887-894.
30. Rojas V.P. Factores asociados a la Depresión Postparto en mujeres primíparas de 15 a 40 años de edad en el Perú. [Tesis]. Lima. Universidad Ricardo Palma; 2021.
31. Neyra D.A., Palomino B.E. Factores de riesgo para la Depresión Posparto en madres adolescentes atendidas en el Hospital María Auxiliadora. [Tesis]. Lima. Universidad Norbert Wiener; 2019.
32. Macedo-Poma K., Marquina-Curasma G., Corrales-Reyes E., Mejía C. Factores asociados a Síntomas Depresivos en madres con hijos hospitalizados en unidades de pediatría y neonatología en Perú: Estudio de casos y controles. Rev Medwave Perú. 2019; 19(5):7649.

33. Sánchez J.R. Cesárea como factor de riesgo de Depresión Posparto en puérperas del Hospital Regional Docente de Trujillo. [Tesis]. Perú. Universidad Privada Antenor Orrego; 2019.
34. Vega-Dienstmaier J. Depresión postparto en el Perú. *Rev Med Hered Perú*. 2018; 29:207-210.
35. Quispe H. L. Depresión Posparto y Factores Gineco-obstétricos y Sociodemográficos asociados a puérperas en edad fértil ideal y edades extremas en el servicio de Ginecología y Obstetricia del Hospital III Emergencias Grau. [Tesis]. Lima. Universidad Nacional Jorge Basadre Grohmann; 2019.
36. Cerda M. Factores sociodemográficos, primiparidad y su relación con la depresión postparto en puérperas de 20 a 34 años atendidas en el Hospital Nacional Docente Madre Niño San Bartolomé. [Tesis]. Perú. UNMSM; 2017.
37. Jadresic E. Depresión postparto en el contexto del Hospital General. *Rev. Med. Clin. Condes. Chile*. 2017; 28(6):874-880.
38. Zhang L., et al. Maternal violence experiences and risk of postpartum depression: A meta-analysis of cohort studies. *Eur Psychiatry China*. 2019; 55(1): 90–101.
39. Liu A., et al. Risk factors for postpartum depression among Chinese women: Path model analysis. *Preg and Child J China*. 2017; 17(1):133.
40. Pizarro C. Factores asociados a la depresión postparto: Análisis secundario de la encuesta demográfica y de salud familiar del 2018. [Tesis]. Lima. Univ. Ricardo Palma. Perú; 2020.
41. Ando H., et al. Association between postpartum depression and social support satisfaction levels at four months after childbirth. *Arch of Psych Nursing* 2021; 35(1): 341–346.
42. Johar H. et al. Evaluation of antenatal risk factors for postpartum depression: A secondary cohort analysis of the cluster-randomised GeliS trial. *Med J* 2020; 18(1):227.
43. Sathyanarayanan G., et al. Cytokine alterations in first-onset postpartum psychosis-clues for underlying immune dysregulation. *Asian J Psych* 2019; 42(1):74–78.

44. Anderson M., Hatch L., Comacchio C., Howard M. Prevalence and risk of mental disorders in the perinatal period among migrant women: A systematic review and meta-analysis. *Arch Womens Ment Health* 2017; 20(1):449–462.
45. Xu H., Ding Y., Ma Y., Xin X., Zhang D. Cesarean section and risk of postpartum depression: A meta-analysis. *J Psych Res China*. 2017; 97(1):118–126.
46. Zhao X., Zhang Z. Risk factors for postpartum depression: An evidence-based systematic review of systematic reviews and meta-analyses. *Asian J of Psych China*. 2020; 53(1).
47. Scime V., Gavarkovs G., Chaput H. The effect of skin-to-skin care on postpartum depression among mothers of preterm or low birthweight infants: A systematic review and meta-analysis. *J Affect Disord* 2019; 253(1): 376–384.
48. Caparros-Gonzalez R., Romero-Gonzalez B., Peralta M. Depresión posparto, un problema de salud pública mundial. *Rev Panam Salud Pública Panamá*. 2018; 42(1):97.
49. Mora M. Depresión posparto y tratamiento. *Rev Méd de Costa Rica y Centroamérica Costa Rica*. 2016; 73(620):511-514
50. Tambağ H., Turan Z., Tolun S., Can R. Perceived social support and depression levels of women in the postpartum period in Hatay, Turkey. *Rev. Niger J Clin Pract Turquía*. 2018; 21(11):15-30
51. Alcerro R. La Personalidad. *Rev Médica Hondureña Tegucigalpa*. 2016; 1(1):165-180.
52. Tintaya P. Psicología y Personalidad. *Rev de Psic La Paz*. 2019; 42(2).
53. Guevara N.J. Dimensiones de personalidad en estudiantes de educación secundaria de padres desintegrados en una Institución Educativa Privada José Carlos Mariátegui del Distrito de Comas. [Tesis]. Lima. Universidad Inca Garcilaso de la Vega; 2018.
54. Fuentes L.P., Huerta M.D. Análisis de los rasgos de personalidad de los ejecutivos del mando medio para mitigar los riesgos en la gestión empresarial. [Tesis]. Lima. Universidad Peruana de Ciencias Aplicadas; 2019.

55. Villanueva S.C. Personalidad, género y vulnerabilidad a la depresión. Mujeres y vulnerabilidad a la depresión: Algunos factores clínicos y de personalidad. [Tesis Doctoral]. Madrid. Universidad Complutense de Madrid; 2016.
56. Seelbach A. Teorías de la Personalidad. Rev Nuevo Milenio México. 2019; 3(2):42-44
57. Varela G.G. Estandarización del Inventario de Personalidad – Eysenck para niños y adolescentes de 6 a 16 años de Lima Sur. [Tesis]. Perú. Universidad Autónoma del Perú; 2014.
58. Domenica C.G. Personalidad y su relación con la regulación emocional cognitiva. [Tesis]. Ecuador. Universidad del Azuay; 2019.
59. Piñeda A. “Eva Borwowska de Mikusinski, H. J. Eysenck y los estudios científicos de la personalidad”. Rev Psic Clio-Psych Brasil. 2018; 18(3):1020-1041.
60. Ashton M. Individual Differences and Personality. Sci Direct J and books EEUU. 2018; 3(1).
61. Khatibi M., Khormae F. Biological Basis of Personality: A Brief Review. J Life Sci Biomed Turquía. 2016; 6(2): 33-36.
62. Ibáñez M. Primeros Datos de la versión en castellano del cuestionario revisado de personalidad de Eysenck (EPQ-R). Rev Esp Psiq España. 2016; 2(1): 46-50
63. Soria R., Lara N. Estrés y apoyo social en mujeres amas de casa y empleadas domésticas. Rev Alternat en psic 2017; 38(1): 99-114.
64. Ascención Y., Rubio B. Personality traits and depression in women in paid and unpaid work. Rev Esp en Cien de la Salud México. 2020; 23(2):49-56.
65. Cox J., Holden JM, Sagovski R. Edinburgh Post-natal Depression Scale. (EPDS). Br J Psychiatry. 1987; 151(10):865.
66. McCabe-Beane J., Segre L., Perkhounkova Y., Stuart S., O’Hara M. The identification of severity ranges for the Edinburgh Postnatal Depression Scale. J of Reprod and Inf Psych 2016;14(8): 1-11
67. Eysenck, S., Eysenck, H., Barrett P. A revised version of the psychoticism scale. J Person individ Dif 1985; 6(1): 21-29

68. Cox L., Holden M., Sagovsky R. Detection of postnatal depression. Development of the 10-item Edinburgh Postnatal Depression Scale. *Rev Br J Psych Londres.* 1987; 150(6):782–786
69. Mazzotti G., Vega-Dienstmaier M., Campos M. Validación de una versión en español de la Escala de Depresión Postnatal de Edimburgo. *Rev Act Esp de Psiq* 2002; 30(2): 106-111.
70. Aguilar A., Tous M., Pueyo A., Adaptación y estudio psicométrico del EPQ-R. *Rev An de Psic Barcelona.* 1990; 46(1): 101-118.
71. Merino C., Consistencia Interna del Eysenck Personality Questionnaire -Revised: Cuando Alfa de Cronbach No Es Suficiente. *Rev Ibero de Diag y Eval – e Aval Psicológ* 2018; 57(4):191-203.
72. De Lima N., et al. Depressão pós-parto baseada na escala de Edimburgo. *Rev Conexao Ponta Grossa.* 2016; 12(2)
73. Fraga D., et al. Prevalência de sintomas depressivos pós-parto e sua associação com a violência: estudo transversal, Cariacica, Espírito Santo, 2017. *Rev Epidemiol Serv Saúd Brasil.* 2021; 30(4)
74. Silva E., Dos Santos A., Silva R., Costa B., Mendes C., Abrão R. Puérperas com risco para depressão pós-parto e a adoção de condutas de enfermagem. *Rev Tem em saúd Brasil.* 2018; 19(6):340-361

ANEXOS

ANEXO 01: OPERACIONALIZACIÓN DE LAS VARIABLES

VARIABLE	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DEFINICIÓN OPERACIONAL	DIMENSIÓN	INDICADOR
Dimensiones de la Personalidad:	Son estructuras con un origen psico-biológico que influyen en la conducta del individuo y que dependiendo del entorno se expresarán de distinta intensidad, engloban a los diferentes rasgos de personalidad.	Las dimensiones de la personalidad son evaluadas por el Cuestionario Revisado de Personalidad de Eysenck, que determina la intensidad de cada dimensión de la personalidad en las puérperas.	- Extroversión-Introversión - Neuroticismo - Psicoticismo	Intensidad de cada dimensión clasificado de acuerdo a su Puntaje T: - Muy poco: 1pto - 35ptos - Poco: 36ptos - 45ptos - Moderado: 46ptos - 55ptos - Bastante: 56ptos - 65ptos - Muy alto: 66ptos - 99ptos
Depresión Posparto (DPP)	Trastorno del estado de ánimo que puede comenzar entre el mes y los 6 meses luego de dar a luz y que influye significativamente en el desarrollo de la criatura. Su clínica consta de sentirse culpable, inestabilidad emocional, llorar bastante durante el día y falta de apetito.	La DPP es examinada por la Escala de Edimburgo que evalúa síntomas de tristeza, desánimo y comportamiento autolesivo puntuando como mínimo 7ptos y como máximo 30ptos.	- Puérpera sin Depresión Posparto o mínima: - Puérpera con Depresión Posparto Leve: - Puérpera con Depresión Posparto moderada: - Puérpera con Depresión Posparto Severa:	0ptos - 6ptos 7ptos - 13ptos 14ptos - 19ptos 19ptos - 30ptos

ANEXO 02: CONSENTIMIENTO INFORMADO

PROTOCOLO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPANTES

“Relación entre las dimensiones de la personalidad y depresión posparto en puérperas que acuden al Centro Materno Infantil “Santa Luzmila II” – Lima, 2022”

Estimada señora, usted está siendo invitada a participar en el presente estudio, el cual es desarrollado por un investigador de la Universidad Privada San Juan Bautista. Antes de decidir si desea participar, es importante que entienda por qué se está llevando a cabo este estudio, por lo que le solicitamos escuche de la manera más atenta posible lo siguiente:

¿Quién es el responsable de esta investigación?

La presente investigación tiene como investigador a Cristian Hanzel Bullón Vidal, Bachiller en medicina humana cuya alma mater es la Universidad Privada San Juan Bautista.

¿Por qué se lleva a cabo este estudio?

El objetivo principal del estudio es determinar la dimensión de la personalidad que se relaciona con la depresión posparto en las mujeres puérperas que acuden al Centro Materno Infantil “Santa Luzmila II” - Lima, 2022.

¿Por qué se me invita a participar en el estudio?

La invitamos a participar en el presente estudio, que servirá para conocer las dimensiones de la personalidad de las puérperas con diagnóstico de depresión posparto que acuden al Centro Materno Infantil “Santa Luzmila II”. Resulta beneficioso saber las dimensiones de personalidad presentes en la mayoría de las puérperas con diagnóstico de depresión posparto ya que nos ayudará a predecir el inicio de este trastorno psiquiátrico y de esta manera brindar un apoyo multidisciplinario. Esperamos contar con su importante participación en la presente investigación.

¿En qué consiste su participación?

Consiste en responder cuestionarios de alternativas múltiples que el investigador le irá leyendo poco a poco. El primero de ellos es una ficha de recolección de datos donde se le preguntará sobre la afectación que tuvo Ud. y su familia debido a la covid-19, antecedentes de enfermedades, antecedentes de tipo obstétrico, así como sobre algunos de sus datos sociodemográficos como edad, estado civil, grado de instrucción, etc; el segundo de ellos es la escala de depresión posparto de Edimburgo que evalúa como Ud. se ha sentido en los últimos 7 días, por último el cuestionario revisado de personalidad de Eysenck que evaluará qué dimensión de la personalidad predomina más en Ud., tenga en cuenta por favor que responder a todas las preguntas formuladas por el investigador tendrá una duración estimada total de 15 a 20 minutos.

¿Qué beneficios podrían existir si participo en el estudio?

Estará contribuyendo al estudio del bienestar de la salud mental de las madres que dieron a luz hace poco tiempo. Si Ud. obtiene puntajes compatibles con depresión posparto se le brindará un apoyo multidisciplinario en el Centro Materno Infantil “Santa Luzmila II”, y si los profesionales de la salud que laboran en dicho centro creen necesario, Ud. será derivada a un centro de salud de mayor complejidad.

Esta información que se obtendrá podrá servir como base para futuros estudios.

¿Qué riesgos podrían existir si participo en el estudio?

Participar en el estudio no tendrá riesgos importantes para usted. Existe un mínimo riesgo que durante el llenado de los cuestionarios pueda **sufrir un episodio agudo de estrés, ansiedad, o exponerse a recuerdos no gratos**. Frente a cualquiera de estas molestias, siéntese libre de terminar la encuesta, y por favor comunicarse inmediatamente con el investigador, Cristian Hanzel Bullón Vidal (Celular: 954031771), y presentarse como participante del presente estudio. Se le brindará el apoyo correspondiente.

Si tiene preguntas sobre sus derechos como participante en la investigación; puede contactarse con el Comité Institucional de Ética en Investigación (CIEI) de la UPSJB que se encarga de la protección de las personas en los estudios de investigación y quien aprobó el estudio. Allí puede contactarse con el Mg. Antonio Flores, Presidente del Comité Institucional de Ética de la Universidad Privada San Juan Bautista al teléfono (01) 2142500 anexo 147 o al correo ciei@upsjb.edu.pe

¿Qué se hará para cuidar su privacidad y su información?

La información obtenida de la encuesta será confidencial, es decir que sólo el investigador a cargo del presente estudio tendrá acceso a la base de datos. Previo al análisis del mismo, se codificará toda la información personal, sin realizar identificación de ningún participante individual.

Su participación es voluntaria y usted tiene el derecho de no contestar cualquier pregunta que no quiera responder, por la razón que sea y sin tener que dar una explicación. De no participar en el estudio no afectará en algún aspecto las futuras atenciones que recibirá en el Centro Materno Infantil “Santa Luzmila II”. Los resultados que se obtengan del estudio podrán ser publicados al término del mismo, los mismos que serán incluidos en los resultados y conclusiones del trabajo en cuanto esté disponible. Ninguna información que permita la identificación individual de las participantes será publicada.

Usted afirma que ha escuchado por completo el consentimiento informado. Comprende las actividades en las que participará si decide ingresar al estudio, también entiende que puede decidir no participar y que puede retirarse del estudio en cualquier momento sin dar explicaciones. Por lo que presta libre y voluntariamente su conformidad para participar. Aceptando su participación da permiso al investigador para usar la información colectada en este estudio, y de ser el caso ser contactada de nuevo por profesionales de la salud si presenta síntomas compatibles con depresión posparto y recibir el apoyo correspondiente.

¿Acepta participar LIBREMENTE en esta investigación?

- () Acepta participar en la investigación
- () No acepta participar en la investigación

Contacto del investigador en Universidad Privada San Juan Bautista: Cristian Hanzel Bullón Vidal, Celular: 954031771, Correo: cristian.bullon@upsjb.edu.pe

ANEXO 03: INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS

FICHA DE RECOLECCIÓN DE DATOS

I. DATOS SOCIODEMOGRÁFICOS:

1.1. Edad (colocar su edad en años cumplidos): _____

1.2. Estado civil:

1. Soltera [] 2. Conviviente [] 3. Casada [] 4. Divorciada [] 5. Viuda []

1.3. Grado de instrucción:

0. Analfabeto [] 1. Primaria [] 2. Secundaria [] 3. Técnico [] 4. Universitario []

1.4. Situación laboral:

0. Desempleado [] 1. Trabajo no remunerado [] 2. Trabajo informal [] 3. Trabajo formal []
4. Jubilado []

1.5. ¿Profesa alguna religión?:

1. Sí [] 0. No []

1.6. Lugar de Nacimiento:

1. Lima [] 2. Provincia []

1.7. Donde vive actualmente:

1. Lima [] 2. Provincia []

1.8. Usted vive con:

1. Sola [] 2. Pareja [] 3. Padres / otros familiares [] 4. Compañeros de trabajo [] 5. Niñera []

II. INFORMACION SOBRE LA COVID-19:

2.1. ¿En su familia hubo casos de infección por la COVID-19?:

1. Sí [] 0. No []

2.2. ¿En su familia hubo fallecidos por la COVID-19?:

1. Sí [] 0. No []

III. ANTECEDENTES CLÍNICOS:

3.1. Enfermedad crónica previa a su último embarazo:

0. Ninguna [] 1. Enfermedades respiratorias [] 2. Enfermedades cardiovasculares []
3. Diabetes [] 4. Cáncer [] 5. Otros [especificar:_____]

3.2. Antecedentes de enfermedad psiquiátrica:

0. Ninguna [] 1. Adicción a drogas y/o alcohol [] 2. Esquizofrenia [] 3. Ansiedad []
4. Depresión Mayor [] 5. Otros [especificar:_____]

IV. ANTECEDENTES OBSTETRICOS:

4.1. Número total de hijos vivos: _____

4.2. ¿Su último embarazo fue planificado?:

1. Sí [] 0. No []

4.3. ¿Usted utiliza algún método anticonceptivo?:

1. Sí [] 0. No []

4.4. ¿Consideró realizar un aborto en su último embarazo?:

1. Sí [] 0. No []

4.5. Al nacer su bebé, ¿tuvo lactancia materna exclusiva (sólo leche materna)?:

1. Sí [] 0. No []

ESCALA DE DEPRESIÓN POSPARTO DE EDIMBURGO

Como usted hace poco tuvo un bebé, nos gustaría saber cómo se ha estado sintiendo. Por favor subraye la respuesta que más se acerca a cómo se ha sentido en los últimos 7 días.

Nºde celular:

En los últimos 7 días:

1. *He sido capaz de reír y ver el lado bueno de las cosas:*

- Tanto como siempre
- No tanto ahora
- Mucho menos ahora
- No, nada

2. *He disfrutado mirar hacia adelante:*

- Tanto como siempre
- Menos que antes
- Mucho menos que antes
- Casi nada

3. *Cuando las cosas han salido mal, me he culpado a mí misma innecesariamente:*

- Sí, la mayor parte del tiempo
- Sí, a veces
- No con mucha frecuencia
- No, nunca

4. *He estado nerviosa o inquieta sin tener motivo:*

- No, nunca
- Casi nunca
- Sí, a veces
- Sí, con mucha frecuencia

5. *He sentido miedo o he estado asustadiza sin tener motivo:*

- Sí, bastante
- Sí, a veces
- No, no mucho
- No, nunca

6. *Las cosas me han estado abrumando:*

- Sí, la mayor parte del tiempo no he podido hacer las cosas en absoluto.
- Sí, a veces no he podido hacer las cosas tan bien como siempre.
- No, la mayor parte del tiempo he hecho las cosas bastante bien.
- No, he estado haciendo las cosas tan bien como siempre.

7. *Me he sentido tan desdichada que he tenido dificultades para dormir:*

- Sí, la mayor parte del tiempo
- Sí, a veces

- No con mucha frecuencia
 - No, nunca
8. *Me he sentido triste o desgraciada:*
- Sí, la mayor parte del tiempo
 - Sí, bastante a menudo
 - No con mucha frecuencia
 - No, nunca
9. *Me he sentido tan desdichada que he estado llorando:*
- Sí, la mayor parte del tiempo
 - Sí, bastante a menudo
 - Sólo ocasionalmente
 - No, nunca
10. *Se me ha ocurrido la idea de hacerme daño:*
- Sí, bastante a menudo
 - A veces
 - Casi nunca
 - Nunca

CUESTIONARIO REVISADO DE PERSONALIDAD DE EYSENCK (EPQ-R)

Por favor, conteste cada pregunta con SÍ o NO. No hay respuestas correctas o incorrectas, ni preguntas con trampa. Trabaje rápidamente y no piense demasiado en el significado exacto de las mismas.

Edad. años

Sexo (V o M).

Profesión. Fecha.

¡ POR FAVOR, NO DEJE NINGUNA PREGUNTA SIN RESPONDER !

1. ¿Realiza muchas actividades de tiempo libre?
2. ¿Se para a pensar las cosas antes de hacerlas?
3. ¿Su estado de ánimo sufre altibajos con frecuencia?
4. ¿Es una persona conversadora?
5. ¿Se siente a veces desdichado/a sin motivo?
6. ¿Daría dinero para fines caritativos?
7. ¿Alguna vez ha querido llevarse más de lo que le correspondía en un reparto?
8. ¿Es usted una persona más bien animada o vital?
9. ¿Le afectaría mucho ver sufrir a un niño/a o a un animal?
10. ¿Se preocupa a menudo por cosas que no debería haber dicho o hecho?
11. Si usted asegura que hará una cosa, ¿siempre mantiene su promesa, sin importarle las molestias que ello le podría ocasionar?
12. ¿Habitualmente, es capaz de liberarse y disfrutar en una fiesta animada?
13. ¿Es una persona irritable?
14. ¿Le tiene sin cuidado lo que piensan los demás?
15. ¿Alguna vez ha culpado a alguien por algo que había hecho usted?
16. ¿Se siente fácilmente herido/a en sus sentimientos?
17. ¿Son todos sus hábitos buenos y deseables?
18. ¿Tiende a mantenerse apartado/a en las situaciones sociales?
19. A menudo, ¿se siente harto/a?
20. ¿Ha cogido alguna vez alguna cosa (aunque no fuese más que un alfiler o un botón) que perteneciese a otra persona?
21. ¿Para usted, los límites entre lo que está bien y lo que está mal son menos claros que para la mayoría de la gente?
22. ¿Le gusta salir a menudo?
23. ¿Es mejor actuar como uno/a quiera que seguir las normas sociales?
24. ¿Disfruta hiriendo a las personas que ama?
25. ¿Tiene a menudo sentimientos de culpabilidad?
26. ¿Habla a veces de cosas de las que no sabe nada?
27. ¿Prefiere leer a conocer gente?
28. ¿Diría de sí mismo/a que es una persona nerviosa?
29. ¿Tiene muchos amigos/as?
30. ¿Se ha enfrentado constantemente a sus padres?
31. ¿Es usted una persona sufridora?
32. Cuando era niño/a, ¿hacía en seguida las cosas que le pedían y sin refunfuñar?
33. ¿Se ha opuesto frecuentemente a los deseos de sus padres?
34. ¿Se inquieta por cosas terribles que podrían suceder?
35. ¿Alguna vez ha roto o perdido algo que perteneciese a otra persona?
36. ¿Generalmente toma la iniciativa al hacer nuevas amistades?

37. ¿Los deseos personales están por encima de las normas sociales?
38. ¿Diría de sí mismo/a que es una persona tensa o muy nerviosa?
39. Por lo general, ¿suele estar callado/a cuando está con otras personas?
40. ¿Cree que el matrimonio está anticuado y debería abolirse?
41. ¿Es usted más indulgente que la mayoría de las personas acerca del bien y del mal?
42. ¿Puede animar fácilmente una fiesta aburrida?
43. ¿Se siente intranquilo/a por su salud?
44. ¿Alguna vez ha dicho algo malo o desagradable acerca de otra persona?
45. ¿Le gusta cooperar con los demás?
46. ¿Le gusta contar chistes e historias divertidas a sus amigos/as?
47. ¿La mayoría de las cosas le son indiferentes?
48. De niño/a, ¿fue alguna vez descarado/a con sus padres?
49. ¿Le gusta mezclarse con la gente?
50. ¿Se preocupa si sabe que hay errores en su trabajo?
51. ¿Se lava siempre las manos antes de comer?
52. ¿Casi siempre tiene una respuesta «a punto» cuando le hablan?
53. ¿Se siente a menudo apático/a y cansado/a sin motivo?
54. ¿Ha hecho alguna vez trampas en el juego?
55. ¿Le gusta hacer cosas en las que tiene que actuar rápidamente?
56. ¿Es (o era) su madre una buena mujer?
57. ¿A menudo toma decisiones sin pararse a reflexionar?
58. ¿A menudo siente que la vida es muy monótona?
59. ¿Alguna vez se ha aprovechado de alguien?
60. ¿Le preocupa mucho su aspecto?
61. ¿Cree que la gente pierde el tiempo al proteger su futuro con ahorros y seguros?
62. ¿Alguna vez ha deseado morirse?
63. ¿Evadiría impuestos si estuviera seguro/a de que nunca sería descubierto/a?
64. ¿Puede organizar y conducir una fiesta?
65. ¿Trata de no ser grosero/a con la gente?
66. Después de una experiencia embarazosa, ¿se siente preocupado/a durante mucho tiempo?
67. Generalmente, ¿reflexiona antes de actuar?
68. ¿Sufre de los “nervios”?
69. ¿A menudo se siente solo/a?
70. ¿Hace siempre lo que predica?
71. ¿Se siente fácilmente herido/a cuando la gente encuentra defectos en usted o en su trabajo?
72. ¿Es mejor seguir las normas de la sociedad que ir a su aire?
73. ¿Alguna vez ha llegado tarde a una cita o trabajo?
74. ¿Le gusta el bullicio y la agitación a su alrededor?
75. ¿Frecuentemente improvisa decisiones en función de la situación?
76. ¿Se siente a veces desbordante de energía y otras muy decaído/a?
77. ¿A veces se deja para mañana lo que debería hacer hoy?
78. ¿La gente piensa que usted es una persona animada?
79. ¿La gente le cuenta muchas mentiras?
80. ¿Se afecta fácilmente por según qué cosas?
81. Cuando ha cometido una equivocación, ¿está siempre dispuesto a admitirlo?
82. Cuando tiene mal humor, ¿le cuesta controlarse?
83. ¿Cree que los planes de seguros son una buena idea?

ANEXO 04: VALIDACIÓN DE INSTRUMENTOS POR EXPERTOS

Informe de Opinión de Experto

I.- DATOS GENERALES:

- 1.1 Apellidos y Nombres del Experto: **Dr. Huarcaya Victoria Jeff David**
1.2 Cargo e institución donde labora: **Médico Psiquiatra – Hospital Nacional Guillermo Almenara Irigoyen.**
1.3 Tipo de Experto: Metodólogo: **X** Especialista: Estadístico:
1.4 Nombre del Instrumento: Cuestionario revisado de personalidad de Eysenck (EPQ-R), Escala de depresión posparto de Edimburgo (EPDS) y Ficha de recolección de datos.
1.5 Autor(a) del instrumento: J. Cox, J. Holden, R. Sagovsky (EPDS), Hans J. Eysenck (EPQ-R).

II.- ASPECTOS DE VALIDACIÓN:

INDICADORES	CRITERIOS	Deficiente 00 – 20%	Regular 21-40%	Buena 41-60%	Muy Buena 61-80%	Excelente 81-100%
CLARIDAD	Está formulado con un lenguaje claro.					90%
OBJETIVIDAD	No presenta sesgo ni induce respuestas.					90%
ACTUALIDAD	Está de acuerdo a los avances sobre personalidad (dimensiones) y depresión posparto.					90%
ORGANIZACIÓN	Existe una organización lógica y coherente de los ítems.					90%
SUFICIENCIA	Comprende aspectos en calidad y cantidad.					90%
INTENCIONALIDAD	Adecuado para establecer relación entre personalidad (dimensiones) y depresión posparto.					90%
CONSISTENCIA	Basados en aspectos teóricos y científicos.					90%
COHERENCIA	Entre los índices e indicadores.					90%
METODOLOGÍA	La estrategia responde al propósito de la investigación Analítica-transversal.					90%

III. OPINIÓN DE APLICABILIDAD:

LOS INSTRUMENTOS APLICAN PARA EL CUMPLIMIENTO DE LOS OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN.....(Comentario del Juez experto respecto al instrumento)

IV. PROMEDIO DE VALORACIÓN: 90%


Dr. Jeff D. Huarcaya Victoria
Médico Psiquiatra
C.M.P. 64630 E.N.E. 33875

Lugar y Fecha: Lima, 18 de julio del 2022

Firma del experto

DNI:46064146

Teléfono: 965765485

Informe de Opinión de Experto

I.- DATOS GENERALES:

- 1.1 Apellidos y Nombres del Experto: **Mg. Elsi Bazán Rodríguez**
1.2 Cargo e institución donde labora: **Docente UPSJB**
1.3 Tipo de Experto: Metodólogo: Especialista: Estadístico: **X**
1.4 Nombre del Instrumento: Cuestionario revisado de personalidad de Eysenck (EPQ-R), Escala de depresión posparto de Edimburgo (EPDS) y Ficha de recolección de datos.
1.5 Autor(a) del instrumento: J. Cox, J. Holden, R. Sagovsky (EPDS), Hans J. Eysenck (EPQ-R).

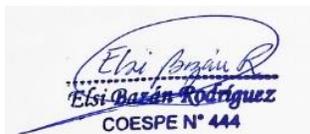
II.- ASPECTOS DE VALIDACIÓN:

INDICADORES	CRITERIOS	Deficiente 00 – 20%	Regular 21-40%	Buena 41-60%	Muy Buena 61-80%	Excelente 81-100%
CLARIDAD	Está formulado con un lenguaje claro.					90%
OBJETIVIDAD	No presenta sesgo ni induce respuestas.					90%
ACTUALIDAD	Está de acuerdo a los avances sobre personalidad (dimensiones) y depresión posparto.					90%
ORGANIZACIÓN	Existe una organización lógica y coherente de los ítems.					90%
SUFICIENCIA	Comprende aspectos en calidad y cantidad.					90%
INTENCIONALIDAD	Adecuado para establecer relación entre personalidad (dimensiones) y depresión posparto.					90%
CONSISTENCIA	Basados en aspectos teóricos y científicos.					90%
COHERENCIA	Entre los índices e indicadores.					90%
METODOLOGÍA	La estrategia responde al propósito de la investigación Analítica-transversal.					90%

III. OPINIÓN DE APLICABILIDAD:

APLICA.....(Comentario del Juez experto respecto al instrumento)

IV. PROMEDIO DE VALORACIÓN: 90%



Firma manuscrita de Elsi Bazán Rodríguez con sello COESPE N° 444.

Lugar y Fecha: Lima, 19 de julio del 2022

Firma del experto

DNI: 19209983 Teléfono: 977414879

Informe de Opinión de Experto

I.- DATOS GENERALES:

- 1.1 Apellidos y Nombres del Experto: **CESAR H. SARAVIA PAZ SOLDAN**
1.2 Cargo e institución donde labora: **Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas**
1.3 Tipo de Experto: Metodólogo: Especialista: **X** Estadístico:
1.4 Nombre del Instrumento: Cuestionario revisado de personalidad de Eysenck (EPQ-R), Escala de depresión posparto de Edimburgo (EPDS) y Ficha de recolección de datos.
1.5 Autor(a) del instrumento: J. Cox, J. Holden, R. Sagovsky (EPDS), Hans J. Eysenck (EPQ-R).

II.- ASPECTOS DE VALIDACIÓN:

INDICADORES	CRITERIOS	Deficiente 00 – 20%	Regular 21-40%	Buena 41-60%	Muy Buena 61-80%	Excelente 81-100%
CLARIDAD	Está formulado con un lenguaje claro.					90%
OBJETIVIDAD	No presenta sesgo ni induce respuestas.					90%
ACTUALIDAD	Está de acuerdo a los avances sobre personalidad (dimensiones) y depresión posparto.					90%
ORGANIZACIÓN	Existe una organización lógica y coherente de los ítems.					90%
SUFICIENCIA	Comprende aspectos en calidad y cantidad.					90%
INTENCIONALIDAD	Adecuado para establecer relación entre personalidad (dimensiones) y depresión posparto.					90%
CONSISTENCIA	Basados en aspectos teóricos y científicos.					90%
COHERENCIA	Entre los índices e indicadores.					90%
METODOLOGÍA	La estrategia responde al propósito de la investigación Analítica-transversal.					90%

III. OPINIÓN DE APLICABILIDAD:

Proyecto de investigación aplicable según especialidad.

IV. PROMEDIO DE VALORACIÓN: 90%

Mg. CÉSAR H. SARAVIA PAZ SOLDAN
Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas

Firma del experto

DNI: 21819720

Teléfono: 940206940

Lugar y Fecha: Lima, 22 de julio 2022

ANEXO 05: MATRIZ DE CONSISTENCIA

PROBLEMA	OBJETIVOS	HIPÓTESIS	OPERACIONALIZACIÓN		MÉTODO
			VARIABLES	INDICADORES	
<p><u>Problema General:</u></p> <p>¿Qué dimensión de la personalidad se relaciona con la depresión posparto en las mujeres puérperas que acuden al Centro Materno Infantil “Santa Luzmila II” – Lima, 2022?</p> <p><u>Problemas Específicos:</u></p> <p>¿Cuáles son las características sociodemográficas de las mujeres puérperas que acuden al Centro Materno Infantil “Santa Luzmila II” – Lima, 2022?</p> <p>¿Cuáles son las dimensiones de la personalidad de las mujeres puérperas que acuden al Centro Materno Infantil “Santa Luzmila II” – Lima, 2022?</p> <p>¿Cuáles son los niveles de depresión de las mujeres puérperas que acuden al Centro Materno Infantil “Santa Luzmila II” – Lima, 2022?</p> <p>¿Cuál de las dimensiones de la personalidad se relaciona con los niveles de depresión posparto en las mujeres puérperas que acuden al Centro Materno Infantil “Santa Luzmila II” – Lima, 2022?</p>	<p><u>Objetivo General:</u></p> <p>- Determinar la dimensión de la personalidad que se relaciona con la depresión posparto en las mujeres puérperas que acuden al Centro Materno Infantil “Santa Luzmila II” - Lima, 2022.</p> <p><u>Objetivos Específicos:</u></p> <p>-Determinar las características sociodemográficas de las mujeres puérperas que acuden al Centro Materno Infantil “Santa Luzmila II” – Lima, 2022.</p> <p>-Determinar las dimensiones de la personalidad de las mujeres puérperas que acuden al Centro Materno Infantil “Santa Luzmila II” – Lima, 2022.</p> <p>-Determinar los niveles de depresión de las mujeres puérperas que acuden al Centro Materno Infantil “Santa Luzmila II” – Lima, 2022.</p> <p>-Determinar cuál de las dimensiones de la personalidad se relaciona con los niveles de depresión posparto en las mujeres puérperas que acuden al Centro Materno Infantil “Santa Luzmila II” – Lima, 2022.</p>	<p>HIPÓTESIS DE ESTUDIO:</p> <p><u>Hipótesis General:</u></p> <p>Según la literatura existe relación entre las dimensiones de la personalidad y la depresión posparto en las mujeres puérperas que acuden al Centro Materno Infantil “Santa Luzmila II” - Lima, 2022.</p>	<p><u>Independiente:</u></p> <p>Dimensiones de la Personalidad</p> <p><u>Dependiente:</u></p> <p>Depresión Posparto</p> <p><u>Otras variables evaluadas:</u></p> <p>-Sociodemográficas</p> <p>-COVID-19</p> <p>-Antecedentes clínicos</p> <p>-Antecedentes obstétricos</p>	<p>Intensidad de cada dimensión de la personalidad (Extroversión, neuroticismo, psicoticismo)</p> <p>Muy poco: 1-35ptos</p> <p>Poco: 36-45ptos</p> <p>Moderado: 46-55ptos</p> <p>Bastante: 56-65ptos</p> <p>Muy alto: 66-99ptos</p> <p>Puérpera sin Depresión Posparto o mínima: 0-6ptos</p> <p>Puérpera con Depresión Posparto Leve: 7-13ptos</p> <p>Puérpera con Depresión Posparto moderada: 14-19ptos</p> <p>Puérpera con Depresión Posparto Severa: 19ptos-30ptos</p> <p>Edad, estado civil, grado de instrucción, situación laboral, religión, procedencia, en la actualidad vive en, actualmente vive con.</p> <p>Familiares con COVID-19, familiares fallecidos por la COVID-19.</p> <p>Enfermedad crónica previa a su último embarazo, antecedentes de enfermedad psiquiátrica.</p> <p>Número total de hijos vivos, planificación de su último embarazo, uso de algún método anticonceptivo, consideración de aborto en su último embarazo, aplicación de lactancia materna exclusiva.</p>	<p><u>Tipo de investigación:</u></p> <p>-Observacional</p> <p>-Prospectivo</p> <p>-Transversal</p> <p>-Analítico</p> <p><u>Instrumentos de Investigación:</u></p> <p>-Cuestionario revisado de personalidad de Eysenck (EPQ-R)</p> <p>-Escala de depresión posparto de Edimburgo (EPDS)</p> <p>-Ficha de recolección de datos</p>