UNIVERSIDAD PRIVADA ANTENOR ORREGO

FACULTAD DE MEDICINA

ESCUELA DE MEDICINA HUMANA

NIVEL SOCIOECONÓMICO BAJO COMO FACTOR ASOCIADO A DEPRESIÓN PUERPERAL

TESIS PARA OPTAR EL TÍTULO DE MÉDICO CIRUJANO

AUTOR:

HURTADO RODRÍGUEZ, WALTER ORLANDO

ASESORA:

DRA. LUZ MILAGROS JARA PEREDA

TRUJILLO – PERÚ
2017

DEDICATORIA

Este logro se lo dedico a Dios porque ha estado conmigo en cada paso que doy, cuidándome y dándome fortaleza para continuar y no desmayar en los problemas que se presentaban, a mis padres, pilares fundamentales en mi vida, por su apoyo constante e incondicional, depositando su entera confianza en cada reto que se me presentaba sin dudar ni un solo momento de mi inteligencia y capacidad, a mis familiares y amigos por su apoyo permanente y por estar pendientes de mis logros en mi vida universitaria. Por ellos soy lo que soy ahora, Gracias.

AGRADECIMIENTO

En primer lugar a Dios por haberme guiado siempre, a mis padres Walter y María, por su amor, consejos y apoyo incondicional, a mi asesora, por su orientación y tiempo brindado en la realización del presente trabajo. A los maestros de la universidad por brindarme todos estos años de enseñanzas, a los médicos asistentes, residentes y compañeros del Hospital Regional de Tumbes donde por un año me brindaron conocimientos y experiencias para mi formación profesional y permitieron el desarrollo de esta investigación, y a todos aquellos que incondicionalmente me han apoyado a lo largo de todo este camino.

RESUMEN

La presente investigación de corte observacional analítico-retrospectivo, tuvo por objetivo demostrar que el nivel socioeconómico bajo es un factor de riesgo de depresión puerperal en el Hospital Regional José Alfredo Mendoza Olavarría-Tumbes. La muestra estuvo conformada por en 96 pacientes: 48 de casos y 48 de controles. Los resultados indican que el 71% de las mujeres puérperas que presentaban depresión tenían un nivel socioeconómico bajo y el 25% de las madres puérperas sin depresión pertenecían a nivel económico bajo, observando una correlación significativa (OR: 7,29; IC 95%; 3.31-16.02; p <.01). Del mismo modo, se encontraron diferencias entre el grupo de casos y el de controles en cuanto a nivel de escolaridad y estado civil.

Palabras clave: Depresión puerperal, nivel socioeconómico bajo, estudios de caso, grupo de control.

ABSTRACT

The present investigation is an analytical-retrospective observational type. The objective of this study was to show that low socioeconomic level is a risk factor for puerperal depression at the José Alfredo Mendoza Olavarría-Tumbes Regional Hospital. The sample consisted of 96 patients: 48 cases and 48 controls. The results indicate that 71% of postpartum women who had depression had a low socioeconomic status and 25% of postpartum mothers without depression belonged to a low economic level, observing a significant correlation (OR: 7.29; p <.01). Likewise, differences were found between the case group and the control group in terms of level of schooling and marital status.

Keywords: Puerperal depression, low socioeconomic status, case studies, control group.

ÍNDICE

DEDICATORIA ii
AGRADECIMIENTO iii
RESUMEN iv
ABSTRACT v
I. INTRODUCCIÓN. 8
1.1. Marco teórico. 8
1.2. Antecedentes. 13
1.3. Justificación. 14
1.4. Problema. 15
1.5. Hipótesis 15
1.6. Objetivos. 16
II. MATERIAL Y MÉTODO. 17
2.1. Población de estudio. 17
2.2. Criterios de selección y exclusión. 17
2.3. Muestra. 17
2.4. Diseño del estudio. 18
2.5. Variables y Operacionalización. 18
2.6. Procedimiento 19
2.7. Técnicas de instrumentos de recolección de datos. 20
2.8. Procesamiento y análisis estadístico. 20
2.9. Consideraciones éticas. 21
III. RESULTADOS. 22
IV. DISCUSIÓN. 25
V. CONCLUSIONES. 28
VI. RECOMENDACIONES. 29
VII. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS. 30
VIII. ANEXOS. 37

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1. Asociación entre el nivel socioeconómico bajo y la depresión puerperal en las pacientes atendidas en el Hospital Regional José Alfredo Mendoza Olavarría- Tumbes…….21

Tabla 2. Depresión en puérperas con nivel socioeconómico bajo atendidas en el Hospital Regional José Alfredo Mendoza Olavarría- Tumbes……22

Tabla 3. Característica de la muestra…….23

I. INTRODUCCIÓN.

1.1. Marco teórico.

El puerperio se define como el periodo comprendido entre el final del parto hasta la primera menstruación, representa una etapa en donde la madre retorna a su estado basal antes del embarazo, por lo que suceden diversos cambios bioquímicos y hormonales, pero además se presentan algunos cambios descritos como sociales y psicológicos, los cuales pueden ocasionar un estado de mayor vulnerabilidad en la mujer, siendo favorable para la aparición de trastornos psíquiatricos[1].

Medina S[2] en el 2013, reportó que hasta el 80% de mujeres latinoamericanas sufren algún tipo de alteración durante el puerperio, desde leves y transitorias molestias (tristeza, llanto) hasta situaciones graves como inclinaciones suicidas.

La depresión es un trastorno emocional que se caracteriza básicamente por alteraciones del humor, tristeza, disminución de la autoestima, inhibición, fatiga, insomnio, pensamientos negativos y que tiene como consecuencia la disminución de la actividad vital, es decir, impide al individuo desarrollar con normalidad las actividades de la vida diaria[3]. La definición de diagnóstico de la depresión posparto es un tema de debate, con diferentes definiciones temporales[4]. El Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM), quinta edición, se ha ampliado la definición para incluir aparición de los síntomas durante el embarazo y durante un máximo de 4 semanas después del parto[5]. Por el contrario, la Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades, décima revisión, la define como la aparición dentro de las 6 semanas después del parto, y la OMS y los Centros para el Control y Prevención de Enfermedades extienden el período de riesgo de 12 meses después del parto[6, 7] de esta manera, el momento de aparición de los síntomas es una línea fundamental de investigación.

En la actualidad, los trastornos depresivos representan un problema importante de salud pública, a la vez, estás dificultades se aprecian con mayor frecuencia en la población femenina, manifestándose durante el embarazo y el

puerperio que durante otras épocas del ciclo vital, especialmente en las embarazadas de bajos ingresos económicos[48].

La depresión postparto consiste en el desarrollo de una depresión en la madre tras el nacimiento de su hijo. A veces, esta depresión puede tener una fácil explicación, bien porque el hijo no ha sido deseado o porque no es normal. Sin embargo, en la mayoría de las ocasiones la depresión parece no tener sentido; es una de las enfermedades más frecuentes tras el parto ya que afecta a una de cada diez parturientas. Si no se trata adecuadamente puede persistir durante meses e incluso años[46].

La depresión posparto (DPP) corresponde a una enfermedad depresiva que ocurre en mujeres en un período específico, el puerperio[8]; se caracteriza por pensamientos de culpa, ansiedad, llanto, estado de ánimo depresivo, fatiga excesiva, irritabilidad y a veces trastornos del sueño, haciendo que las madres se muestran más preocupadas, ansiosas e incluso asustadas9, 10. Su cuadro clínico es similar al de los episodios depresivos observados en otras etapas de la vida, sin embargo, posee características peculiares que justifican su consideración como entidad específica[11].

Desde otro punto de vista el puerperio es el período posterior al parto que comienza después de la expulsión de la placenta y se extiende más allá de las seis semanas. Durante el mismo se producen transformaciones progresivas de orden anatómico y funcional, además de un estado de labilidad emocional que debe ser considerado por los profesionales de la salud cuando la mujer asiste a los futuros controles pediátricos o ginecológicos, pues el descuido de esta condición predispone a la puérpera a desórdenes de naturaleza psíquica que deben detectarse precozmente[49].

Para realizar el diagnóstico, el instrumento de mayor uso es la escala de depresión postnatal de Edimburgo (EPDS), la cual es un instrumento de auto reporte de 10 ítems, que ha sido validada en múltiples países, demostrando tener un alto poder diagnóstico, con una sensibilidad cercana al 100% y una especificidad de 82% para evaluar la intensidad de la depresión postparto[12].

Cada ítem tiene cuatro opciones de respuesta con un puntaje que varía de 0 a 3 puntos, de acuerdo a la severidad de los síntomas, de modo que al final de la prueba, el puntaje varía entre 0 a 30 puntos. La escala mide la intensidad de los síntomas depresivos. Según los resultados obtenidos la puérpera puede ser clasificada en tres grupos: (a) sin riesgo de depresión posparto (< 10 puntos), (b) puntaje límite para riesgo de depresión (10-12 puntos) y (c) puntaje indicador de probable depresión[12] (≥13 puntos).

Tasas precisas de este problema son difíciles de determinar debido a la heterogeneidad de las definiciones, las diferencias entre los estudios en sus poblaciones de investigación, las herramientas utilizadas y los distintos criterios diagnósticos utilizados para su diagnóstico, y una falta general de la detección de síntomas psiquiátricos en el posparto mujeres. Sin embargo, puede aceptarse que la frecuencia mundial de esta enfermedad fluctúa entre un 10 a 20% de las puérperas según algunos autores o de un 10 a 15% según otros autores13; con un rango entre 30 a 200 casos por cada 1000 nacimientos y con una estimación de una tasa de recurrencia entre 10 y 35%[14].

Análisis recientes indican que al menos 8 a 12% en América central cada año sufren de un trastorno de depresión después del parto, tasas similares se han obtenido de otros países como Canadá y Alemania[15, 16]. En general se ha reportado que menos del 10 a 15% de las mujeres en países industrializados se enfrentan a PPD[17].

En los países en desarrollo, el PPD puede ser de dos a tres veces mayor que en los países industrializados[18]. En Latinoamérica se ha reportado una alta prevalencia de DPP. Póo A, et al (2008), reportó en Chile una tasa del 50,7% (19), en Colombia y México se han realizado investigaciones donde encontraron una prevalencia alrededor del 32%[20, 21]. En Perú, Armaburú P, et al[22] registró una prevalencia del 24,1% en Lima metropolitana, por otro lado Escobar J[23], encuestó a 100 mujeres del Hospital Nacional Docente Madre Niño San Bartolomé en Lima, encontrando una prevalencia del 17% de DPP.

El perfil de los síntomas de la depresión posparto incluye el estado de ánimo triste, inquietud y/o agitación, problemas de concentración y, por lo tanto se

asemeja a la de un trastorno depresivo mayor con experiencia en otros momentos de la vida adulta[24]. PPD es a menudo comórbido con la ansiedad[25] y está fuertemente asociado a una historia preparto de depresión o ansiedad[26].

Factores de riesgo psicosociales y biológicos no están particularmente bien estudiados, pero se conoce que la historia de una mujer con ansiedad o depresión es un fuerte predictor[27]. Otros factores de riesgo psicosociales incluyen una temprana historia familiar de abuso y negligencia, bajo apoyo social, historia de trauma, la violencia actual pareja, aborto involuntario anterior, la experiencia del parto negativa, estilo de personalidad, edad materna joven y falta de educación[28, 29]. Además de estos, los predictores más fuertes de la depresión posparto son antecedentes de depresión o ansiedad durante el embarazo o después del parto[30], antecedentes personales o familiares de trastornos del estado de ánimo, incluyendo trastorno bipolar[31], pérdida perinatal anterior, experimentar eventos estresantes en la vida y la falta de apoyo social[32], los predictores moderadas incluyen la paridad, el embarazo no planificado, los factores obstétricos y características de la personalidad materna[33, 34].

Al respecto de otros factores, el nivel socioeconómico juega un rol importante en distintos trastornos depresivos, los estudios que lo relacionan al DPP han sido mejor clarificados en otros países. Secco, realizó un estudio en Canadá en el cual hallaron que la emocionalidad materna en respuesta a la atención infantil y el nivel socioeconómico predijeron significativamente los síntomas depresivos posparto, mientras que el apoyo familiar, el apoyo de amigos y el apoyo social no fueron predictores significativos de síntomas depresivos posparto[35].

Miyake Y, et al[36] (2011), encuestó a 771 mujeres y utilizó el punto de corte > 9 puntos en la escala de Edinburgo para determinar si existe la presencia de DPP, concluyen que la prevalencia fue del 13,8% y el desempleo se asoció significativamente como un factor predictor. Urdaneta J[37], et al, en Chile reporta que el DPP es más frecuente en las mujeres de nivel socioeconómico bajo, datos que concuerdan con otros autores latinoamericanos[12, 13].

Desde hace algunos años, diversos estudios se han centrado en relacionar el nivel socioeconómico y el estado de salud. Actualmente en el Perú se cuenta con niveles socioeconómicos establecidos por la Asociación Peruana de Empresas de Investigación de Mercados, otros autores han modificado dicha escala[38].

Pese a ello, los trabajos que evalúan el nivel socioeconómico en distintos países, incluidos el Perú, continúan utilizando la escala de Graffar modificada por Méndez-Castellano[39] en 1986, la cual está dividida en cuatro partes: el nivel de instrucción y actividad laboral del jefe del hogar; el grado de instrucción de la esposa del jefe del hogar y la última parte está dirigida a las características de la vivienda, material predominante de esta y saneamiento con los que cuenta; cada una con su respectivo puntaje para clasificar a la población según su nivel socioeconómico.

A la vez, es necesario tener en cuenta que los factores relacionados con depresión posparto, son diferentes, siendo necesario e importante conocer los factores relacionados de nuestro medio, sobre todo para estrategias de prevención y diagnóstico precoz.

El Hospital Regional José Alfredo Mendoza Olavarría, se encuentra ubicado en la ciudad de Tumbes, Perú. Es una institución médica II-2 y cuenta con diversas áreas médicas y especialidades, atendiendo aproximadamente 10 partos al día. Hasta el momento no se han realizado trabajos parecidos que involucren la depresión puerperal, sin embargo en la práctica se puede observar una buena proporción de madres adolescentes que no cuentan muchas veces con una pareja, mucho menos de un salario, por lo que la sospecha del bajo nivel socioeconómico es algo que ha motivado esta investigación. La depresión posparto está siendo motivo de diversas investigaciones nacionales y a nivel mundial, esta representa una entidad poco reconocida en nuestro medio, por lo tanto es necesario continuar con los estudios para conocer nuestra realidad y así poder implementar estrategias futuras que puedan hacerla frente.

1.2. Antecedentes.

Atencia S, en Perú, buscó conocer los factores de riesgo para la depresión posparto en madres; la muestra estuvo conformada por 180 madres, a quienes se les aplicó la escala de Edimburgo y un formulario de evaluación de los factores de riesgo. Los resultados evidencian que el 50% de las evaluadas presentan un cuadro de depresión; a la vez se aprecia que existe una relación entre los factores sociales de riesgo para depresión posparto son el tener una pareja que no cuenta con trabajo ($p<0.001$; OR: 7.82) y el no tener el apoyo económico de la pareja ($p<0.001$; OR: 32.36) [44].

De León A, investigó las consecuencias de la depresión postparto en pacientes. La muestra estuvo conformada por 102 mujeres, a quienes se les aplicó la prueba psicométrica IDB, que midió el nivel de la depresión post parto con 21 ítems de enunciados. Se concluyó que los niveles de depresión post parto en las madres recién paridas de 14 a 45 años del Centro de Atención Permanente, se encuentran en los rangos de mínimo a grave, con porcentajes de 48% mínimo, 20% leve, 19% moderada y 13% grave. Debido a todos los cambios físicos, sentimentales y psicológicos que pasa cada una de ellas durante 9 meses, cuyo efecto se muestra después del parto [45].

Delgado J, investigó los factores de riesgo asociados a depresión postparto en adolescentes. La investigación fue de tipo descriptivo, correlacional, no experimental, la cual incluyó una muestra de 50 adolescentes en puerperio inmediato y mediato, evaluadas por la escala de Edimburgo. Se evaluaron algunas variables biológicas, psicológicas y sociales relacionadas con la depresión postparto. Los resultados evidencian que del total de la muestra evaluada, el 30% presenta niveles altos de depresión postparto; a la vez se determinó que el nivel socioeconómico no presentaba un factor de riesgo en las madres, que origine depresión [46].

Romero G, investigó la relación entre características sociodemográficas y riesgo de depresión postparto. La muestra estuvo conformada por 110 madres, a quienes se les aplicó la escala de depresión postnatal de Edimburgo (EDPE) para

detectar el riesgo de depresión. Se encontró que existe un riesgo de depresión postparto en el 20% de las evaluadas, además el mayor porcentaje de puérperas con depresión (29%) oscila entre las edades de 26 a 30 años. 96% estaban acompañadas por su pareja, ya sea conviviente o estar casadas. 60% eran primíparas. 88 % referían parto por cesárea. 96% poseían estudios superiores y 50% manifestaron embarazo planeado. No se encontró asociación entre el riesgo de DPP y las variables sociodemográficas [47].

Vásquez & Sangama, en Perú, buscaron conocer la relación entre las características sociodemográficas y riesgo de depresión posparto en puérperas, la muestra estuvo representada por 30 puérperas que cumplieron con los criterios de inclusión. Para la recolección de la información se utilizó como técnica el cuestionario y dos instrumentos: la entrevista estructurada, para identificar las características sociodemográficas de las puérperas y el test de preguntas cerradas estandarizadas; la Escala de Depresión Postnatal de Edimburgo (EPDS) que fue previamente solicitada al autor para identificar el riesgo de depresión en las puérperas. Entre los resultados se determinó que el mayor riesgo de depresión posparto en las puérperas fue 66,7% y 33,3% no presentaron riego de depresión; asimismo determinaron que no existía una relación significativa entre Riesgo de Depresión Posparto y las Características Socio demográficas: Edad, Estado Civil, Ocupación, Número de Hijos Vivos, Nivel Educacional y Nivel de Ingreso, pero se encontró una asociación significativa entre Riesgo de Depresión Posparto y el Tipo de Embarazo y asociación significativa entre Riesgo de Depresión Posparto y el Tipo de Parto, en puérperas de la clínica CORPOMEDIC Tarapoto [43].

1.3. Justificación.

La depresión puerperal está logrando cada vez mayor atención por parte de los profesionales de la salud debido a su elevada prevalencia, además su detección resulta de importancia para los estándares nacionales pues los autores están demostrando que puede ocasionar sufrimiento, limitaciones, así como repercutir en sus propios hijos, hecho conocido como disfuncionalidad en la

relación madre-hijo. Es evidente que en nuestro país gran parte de la población está estratificada dentro del nivel socioeconómico medio hacia abajo, y nuestras tasas de pobreza si bien están disminuyendo, aún quedan cifras importantes. Los estudios anteriores muestran que la DPP se presenta con mayor frecuencia en las madres con un nivel socioeconómico bajo.

Esta investigación permitió dimensionar dicha realidad y servir como punto de partida hacia la implementación de medidas que permitan modificar dicho factor. Además con los resultados podremos cuantificar la prevalencia del DPP y el riesgo de desarrollar depresión en el periodo puerperal al poseer pocos recursos, hecho interesante que de probarse se deberá tomar en cuenta para establecer acciones de prevención, a fin de evitar posibles complicaciones maternas tan graves, que pueden llegar hasta el suicidio.

1.4. Problema.

¿Es el nivel socioeconómico bajo factor asociado a depresión puerperal en pacientes atendidas en el Hospital Regional José Alfredo Mendoza Olavarría-Tumbes?

1.5. Hipótesis.

H_o: El nivel socioeconómico bajo no es factor de riesgo de depresión puerperal en pacientes atendidas en el Hospital Regional José Alfredo Mendoza Olavarría-Tumbes.

H_a: El nivel socioeconómico bajo es factor de riesgo de depresión puerperal en pacientes atendidas en el Hospital Regional José Alfredo Mendoza Olavarría-Tumbes.

1.6. Objetivos.

Objetivo general.

Demostrar que el nivel socioeconómico bajo es factor de riesgo de depresión puerperal en pacientes atendidas en el Hospital Regional José Alfredo Mendoza Olavarría-Tumbes.

Objetivos específicos.

Identificar la proporción de depresión puerperal en madres bajo nivel socioeconómico atendidas en el Hospital Regional José Alfredo Mendoza Olavarría-Tumbes.

Identificar la proporción con bajo nivel socioeconómico y depresión en madres atendidas en el Hospital Regional José Alfredo Mendoza Olavarría-Tumbes.

II. MATERIAL Y MÉTODO.

2.1. Población de estudio.

Madres en periodo de puerperio atendidas en el Hospital Regional José Alfredo Mendoza Olavarría-Tumbes del 1 de Enero al 28 de febrero del 2017.

2.2. Criterios de selección y exclusión.

Criterios de selección.

- Madre con depresión puerperal (solo aplica para los casos, los controles serán las madres sin depresión puerperal).
- Puérpera con gestación única, que fue atendida en el Hospital Regional José Alfredo Mendoza Olavarría-Tumbes y que acepte participar del estudio.

Criterios de exclusión.

- Puérpera en tratamiento de algún trastorno depresivo mayor, que haya sufrido la pérdida de un familiar directo o cercano en las últimas 4 semanas antes de la encuesta, con historia de violencia familiar, con óbito fetal, con edad menor de 18 años y mayor de 35 años y que considere que su nivel socioeconómico ha cambiado recientemente.

2.3. Muestra.

Puérpera atendida en el Hospital Regional José Alfredo Mendoza Olavarría-Tumbes.

Se calculó mediante un trabajo previo (15), cuya proporción de expuestos fue del 40% y con OR de 3.84. Se utilizó el programa Epidat 4.0 y se obtuvo un total de 96 puérperas (48 casos y 48 controles).

Potencia (%)	Tamaño de la muestra*		
	Casos	Controles	Total
80,0	48	48	96

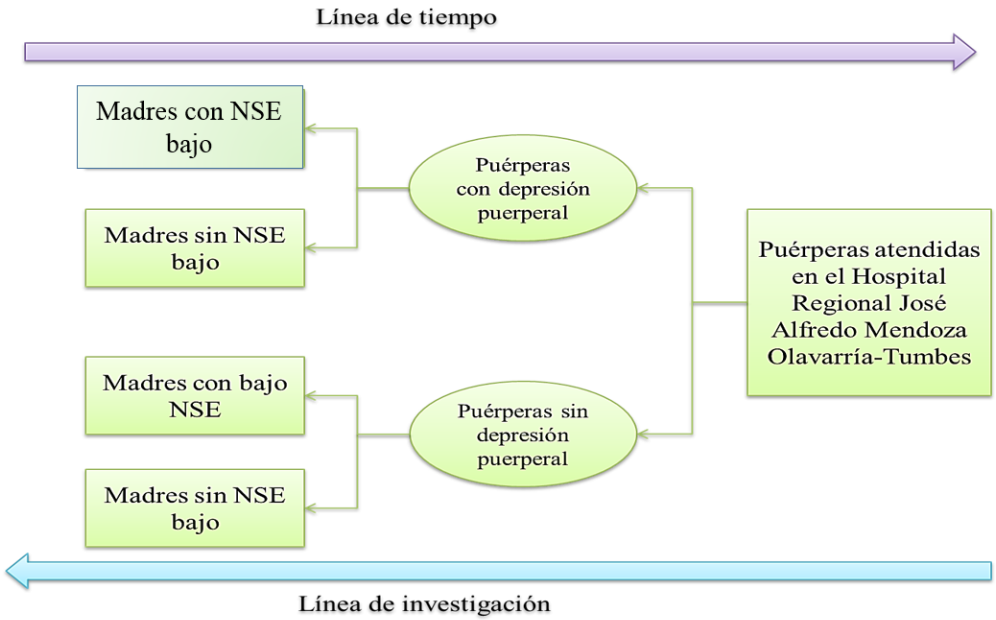
*Tamaños de muestra para aplicar el test χ^2 sin corrección por continuidad.

2.4. Diseño del estudio.

TIPO DE ESTUDIO

Observacional analítico retrospectivo de casos y controles.

DISEÑO ESPECÍFICO



2.5. Variables y Operacionalización.

DEFINICIÓN DE VARIABLES

- Depresión puerperal: Trastorno afectivo que comienza insidiosamente y se establece clínicamente después del parto. Se considerará cuando tras la entrevista a la paciente, usando la Escala de Edimburgo, obtenga un puntaje superior a 10 puntos en el puerperio.
- Nivel Socioeconómico: Nivel o estatus socioeconómico que combina la parte económica y sociológica de la preparación laboral de una persona y de la posición económica y social individual o familiar en relación a otras personas, obtenido mediante puntaje en la escala de Graffar modificada por Méndez-Castellano (ANEXO 03).

- Estado civil: Situación determinada por sus relaciones de familia, provenientes del matrimonio o del parentesco, que establece ciertos derechos y deberes.

DEFINICIÓN OPERACIONAL.

Depresión puerperal:

- **Definición operacional:** Puntaje ≥ 10 puntos en la escala de Edimburgo (ANEXO 01).
- **Indicador:** SI - • NO
- **Tipo y escala:** Cualitativa Nominal Dicotómica

Nivel socioeconómico Bajo:

- **Definición operacional:** Puntaje ≥ 13 puntos obtenido de la escala de Graffar modificada por Méndez-Castellano (ANEXO 03).
- **Indicador:** SI - • NO
- **Tipo y escala:** Cualitativa Nominal Dicotómica

Estado civil:

- **Definición operacional:** Estado civil calificado por cada puérpera, en la encuesta otorgada (ANEXO 01).
- **Indicador:** Soltera, casado o conviviente.
- **Tipo y escala:** Cualitativa, Nominal, Politómica.

2.6. Procedimiento.

Se solicitó la autorización de la Facultad de Medicina de la Universidad Privada Antenor Orrego para ejecutar el proyecto, así como también al Hospital Regional José Alfredo Mendoza Olavarría-Tumbes para poder aplicar la encuesta.

Luego de aprobado por el hospital, se informó al departamento de ginecología y obstetricia y se solicitó permiso verbal para poder realizar las encuestas en consulta y en Obstetricia.

Se procedió a solicitar el consentimiento informado por cada participante (ANEXO 02) y luego se aplicarán los cuestionarios de Edimburgo (ANEXO 01) y la escala de Graffar modificada por Méndez-Castellano (ANEXO 03), la cual fue respondida en base a datos sobre la situación materna antes del parto.

Para la aplicación de las encuestas se tuvo en cuenta lo siguiente: El cuestionarios de Edimburgo consta de 10 preguntas y se le pedirá que responda con la mejor opción de como se ha sentido en los últimos 7 días (en caso de analfabetismo se le explicara cada ítem). La encuesta de Graffar modificada por Méndez-Castellano consta de 4 dimensiones (Profesión del Jefe de Familia, Nivel de instrucción de la madre, Principal fuente de ingreso de la familia y Condiciones de alojamiento), fue explicada de tal forma que ella pueda elegir el puntaje que mejor describa su situación antes del parto.

2.7. Técnicas de instrumentos de recolección de datos.

El cuestionarios de Edimburgo consta de 10 preguntas y se le pedirá que responda con la mejor opción de como se ha sentido en los últimos 7 días (en caso de analfabetismo se le explicara cada ítem). La encuesta de Graffar modificada por Méndez-Castellano consta de 4 dimensiones (Profesión del Jefe de Familia, Nivel de instrucción de la madre, Principal fuente de ingreso de la familia y Condiciones de alojamiento), fue explicada de tal forma que ella pueda elegir el puntaje que mejor describa su situación antes del parto.

2.8. Procesamiento y análisis estadístico.

Luego de la recolección de datos, estos fueron ordenados en Excel 2013 para luego ser analizados con el programa SPSS versión 23.

La edad que la madre tenía en el momento del parto se analizó en cada grupo de niños nacidos a término o pretérmino y se establecerá diferencia mediante la prueba T de student para grupos independientes. El análisis de las variables principales se realizó mediante la construcción de una tabla de doble entrada, a fin de determinar su asociación mediante Odds Ratio, la significancia estadística

se midió con la prueba X2 para variables cualitativas y el nivel de significancia se estableció como $p < .05$.

2.9. Consideraciones éticas.

Se solicitará aprobación previa para la ejecución del proyecto de investigación por parte de la autoridad competente de la Universidad Privada Antenor Orrego, así mismo se solicitarán los permisos para el uso de las instalaciones del Hospital Regional José Alfredo Mendoza Olavarría-Tumbes.

A todas las madres se le solicitará consentimiento informado (ANEXO 02), como un proceso de información, inclusión y promoción de su autonomía en la toma de decisiones. Además se tendrán en cuenta los principios 11 y 13 de la declaración de Helsinki40, el artículo 25 de la ley general de salud que establece que toda información elativa al acto médico que se realiza, tiene carácter reservado41, y se tomarán en cuenta los artículos 42-48 del código de ética y deontología del Colegio Médico del Perú, al respecto de los trabajos de investigación[42].

III. RESULTADOS.

Tabla 1.

Asociación entre el nivel socioeconómico bajo y la depresión puerperal en las pacientes atendidas en el Hospital Regional José Alfredo Mendoza Olavarría- Tumbes

NSE Bajo	Depresión puerperal				Total		Odds Ratio e IC95%			Chi cuadrado	
	Con		Sin								
	f	%	f	%	f	%	OR	Li	Ls	X^2	P
Si	34	71	12	25	46	48					
No	14	29	36	75	50	52	7,29	3.31	16.02	20,2	<.001
Total	48	100	48	100	96	100					

En la tabla 1, se aprecia un 71% de las puérperas con depresión presentan un NSE Bajo y un 25% de las puérperas sin depresión presentan un NSE Bajo, obteniéndose un Odds ratio de 7.29 (IC95% 3.31 – 16.02), evidenciando una asociación estadísticamente significativa (p<.01) entre el nivel socioeconómico bajo y la depresión puerperal en las pacientes atendidas en el Hospital Regional José Alfredo Mendoza Olavarría- Tumbes.

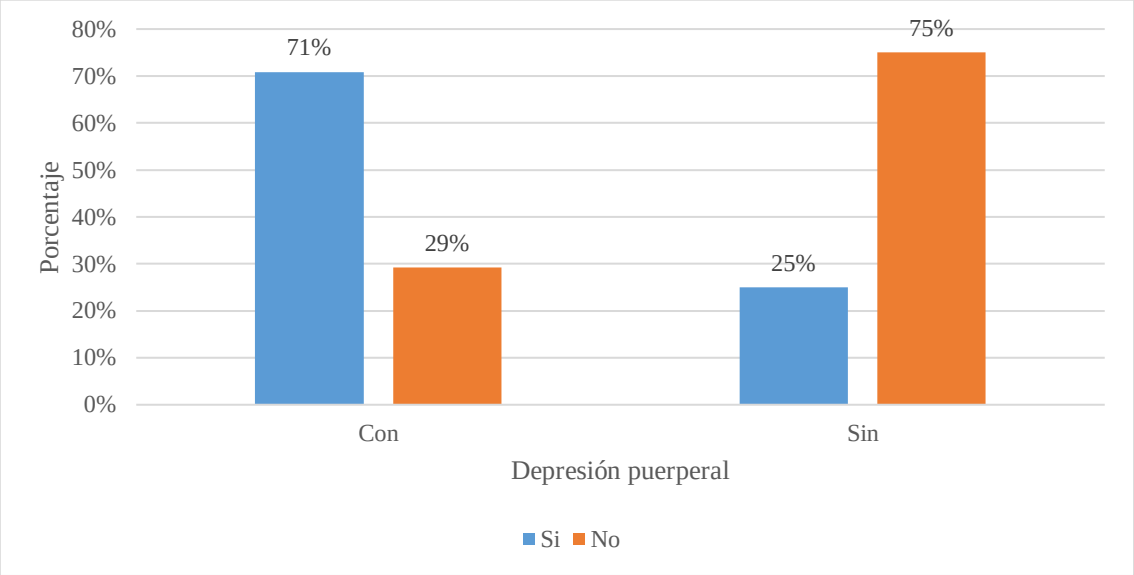


Figura 1. Nivel socioeconómico bajo y la depresión puerperal en pacientes atendidas en el Hospital Regional José Alfredo Mendoza Olavarría- Tumbes

Tabla 2.

Depresión en puérperas con nivel socioeconómico bajo atendidas en el Hospital Regional José Alfredo Mendoza Olavarría- Tumbes

Depresión Puerperal	f	%
Con	34	74
Sin	12	26
Total	46	100

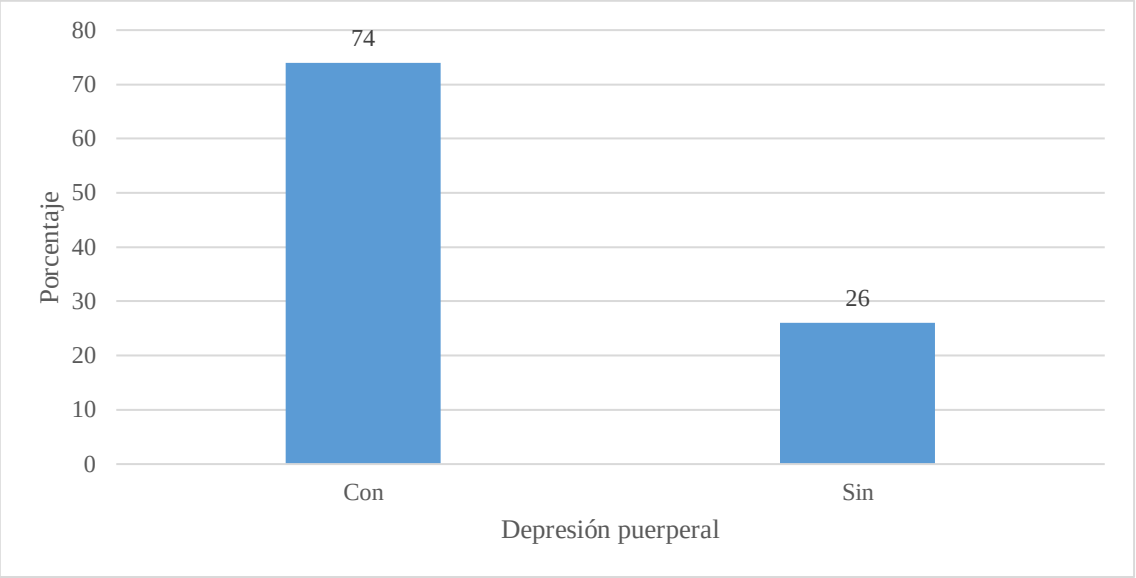


Figura 2. Depresión en puérperas con nivel socioeconómico bajo atendidas en el Hospital Regional José Alfredo Mendoza Olavarría- Tumbes

En la figura 2, se observa depresión puerperal en un 74% de las madres con un nivel socioeconómico bajo, atendidas en el Hospital Regional José Alfredo Mendoza Olavarría-Tumbes.

Tabla 3.

Característica de la muestra

Característica	Depresión puerperal				Total		Prueba	
	Con		Sin					
Edad								
Media	22,75		23,79				t=-1.12	p=.266
D. estándar	4,53		4,58					
Estado Civil								
Soltera	14	29%	5	10%	19	20%		
Casada	2	4%	12	25%	14	15%	X^2=11.422	p=.003
Conviviente	32	67%	31	65%	63	66%		
Grado de instrucción								
Primaria	13	27%	4	8%	17	18%		
Secundaria	33	69%	21	44%	54	56%	X^2=25.071	p<.001
Superior	2	4%	23	48%	25	26%		
Total	48	100%	48	100%	96	100%		

IV. DISCUSIÓN.

Durante el periodo puerperal, las madres experimentan cambios psicológicos y hormonales. Esta etapa de hace que la mujer se sienta en un estado de vulnerabilidad que se asocia con la aparición de la depresión. No obstante, los factores psicosociales relacionados a la depresión puerperal no han sido estudiados de forma específica. En vista de ello, la presente investigación de corte observacional analítico-retrospectivo, buscó demostrar que el nivel socioeconómico bajo es factor de riesgo de depresión puerperal en 96 pacientes atendidas en el Hospital Regional José Alfredo Mendoza Olavarría-Tumbes del 1 de Enero al 28 de Febrero del 2017.

Teniendo los resultados, se observó que el 71% de las mujeres puérperas que presentaban depresión tenían un nivel socioeconómico bajo y el 25% de las madres puérperas sin depresión pertenecían a nivel económico bajo. Se observa de tal forma, mayor tendencia a la depresión en las pacientes con un nivel socioeconómico bajo presentando una correlación significativa (OR: 7,29; p <.01) entre las variables, afirmando la hipótesis de que el nivel socioeconómico bajo es factor de riesgo de depresión puerperal en pacientes atendidas en el Hospital Regional José Alfredo Mendoza Olavarría-Tumbes del 1 de enero al 28 de febrero del 2017.

Del mismo modo, Secco en su estudio observó que el nivel socioeconómico bajo es uno de los factores que predicen la aparición de la Depresión. De la misma forma, Atancia evidencia que en las madres con depresión puerperal el hecho de que la pareja no cuente con trabajo o no apoye económicamente a la pareja influye significativamente en la aparición del trastorno. [35, 44]

Ello se explica ya que los eventos estresantes o estresores precipitan la aparición de la depresión sobre todo del tipo financiero, marital y de salud. Estudios demostraron que las personas con menos recursos se ven indispuestos a resolver sus problemas y se ven expuestos a la enfermedad y violencia. Esto hace que las mujeres con una condición socioeconómica baja se vean más expuestas al estrés y vulnerables a la

depresión. En las mujeres de bajo nivel socioeconómico se experimenta un sentimiento de desesperanza, pesimismo y de dependencia a la pareja. [48, 49]

Por otra parte, los resultados contrastan con las investigaciones de Delgado y Romero en dónde no se evidenció una correlación entre el nivel socioeconómico en la aparición de la depresión. Esto se debe a que solo el 20-30% de la muestra presentaba riesgo de depresión lo que dificulta el proceso de correlación entre variables. [46. 47]

Además, se aprecia que de las pacientes atendidas en el Hospital Regional José Alfredo Mendoza Olavarría- Tumbes, que tienen un nivel socioeconómico bajo, el 74% presentaba depresión puerperal. Al respecto, las mujeres con nivel socioeconómico bajo se sienten con más dependencia de la familia y cargan mayor responsabilidad por lo que les es difícil reclamar o en su defecto es muy difícil ser el único sostén del hogar lo que las hace más susceptibles a la depresión Asimismo, cabe mencionar que las personas con nivel socioeconómico bajo tienden a acudir en el apoyo familiar o utilizar remedios caseros antes de acudir a especialistas como el psiquiatra o psicólogo, con quiénes acuden cuando la depresión ya está avanzada. [48, 50, 51]

Por otro lado, las pacientes atendidas con depresión puerperal en el Hospital Regional José Alfredo Mendoza Olavarría- Tumbes presentaban las siguientes características: el 4% eran casadas, el 29% eran solteras y el 65% eran convivientes. A diferencia de las pacientes puerperales sin depresión en dónde el 25% estaban casadas, el 10% estaban solteras y el 65% eran convivientes. Se observa así diferencias significativas entre ambos grupos ($p < .05$): el grupo con presencia de depresión puerperal se encuentran casadas en menor proporción de las que no poseen depresión, así como, tienen mayor proporción de un estado civil soltero en contraste con las que no presentan depresión; ello indica que la posible falta de apoyo de una pareja, incurre en la aparición de la depresión. El tener apoyo social amplio ayuda a la mujer a mejorar sus necesidades y le posibilita a reaccionar mejor ante la adversidad. [52]

No obstante, ambos grupos poseen la mayoría de proporción en un estado civil de convivencia y esto se debe a que el Perú, las personas prefieren convivir antes que casarse. Las estadísticas indican que la prevalencia de convivientes a nivel nacional ha incrementado a un 34% mientras que el de los casados se redujo a un 23%. [53]

Otra de las características de la muestra es el grado de instrucción en dónde se observaron diferencias significativas (p <.001). El 27% de las pacientes con depresión puerperal en el Hospital Regional José Alfredo Mendoza Olavarría-Tumbes solo el 4% tenía un nivel superior; a diferencia del grupo sin depresión puerperal en dónde el 46% poseía un nivel superior de instrucción. Dicho dato indica que la mujer al poseer un tipo de escolaridad superior posea una valoración de sí misma más elevada ya que se siente más productiva y útil. Sentimientos de productividad y el sentir que se hace algo amortigua la depresión. [54]

Teniendo en cuenta lo anterior, se afirma que la investigación logró demostrar que el nivel socioeconómico bajo es un factor que predispone la aparición de la depresión en madres en estado puerperal del Hospital Regional José Alfredo Mendoza Olavarría- Tumbes obteniendo una correlación altamente significativa.

V. CONCLUSIONES.

1. Se demostró que el nivel socioeconómico bajo es un factor de riesgo de depresión puerperal en pacientes atendidas en el Hospital Regional José Alfredo Mendoza Olavarría-Tumbes del 1 de Enero al 28 de Febrero del 2017 encontrando resultados significativos (OR: 7,29; IC 95%; 3.31-16.02; p <.01).

2. Se observó que el 71% de las mujeres puérperas que presentaban depresión tenían un nivel socioeconómico bajo y el 25% de las madres puérperas sin depresión pertenecían a nivel económico bajo.

3. Se evidenció que en las pacientes atendidas en el Hospital Regional José Alfredo Mendoza Olavarría- Tumbes con un nivel socioeconómico bajo, el 74% presentaba depresión puerperal.

4. Se aprecia diferencias entre las mujeres con depresión puerperal y las que no atendidas en el Hospital Regional José Alfredo Mendoza Olavarría- Tumbes a nivel de estado civil y escolaridad.

VI. RECOMENDACIONES.

1. Se recomienda aumentar la muestra tomando poblaciones de otros hospitales, así como de otras zonas y grupos etarios.

2. Se sugiere tomar en consideración otras variables como el nivel de remuneración, problemas maritales, violencia intrafamiliar y red social.

3. Se recomienda utilizar otras escalas que midan las variables de depresión y nivel socioeconómico con mayor confiabilidad y que estudien las variables de forma multidimensional para realizar un estudio más específico.

VII.REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.

1. Kamau C. Postpartum depression or psychosis and return to work. Lancet Psychiatry. 2017; 4(2): 96-7.

2. Medina S. Diferencias entre la depresión postparto, la psicosis postparto y la tristeza postparto. Perinatol Reprod Hum. 2013; 27 (3): 185-93.

3. Lorenzo A, Soto M. Factores de riesgo de la depresión posparto. Fisioterapia. 2014; 36(2): 87-94.

4. Wisner K, Moses E, Sit D. Postpartum depression: a disorder in search of a definition. Arch Womens Ment Health. 2010; 13(1): 37-40.

5. American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders. 5ta edición. Arlington. American Psychiatric Press; 2013.

6. WHO. mhGAP intervention guide for mental, neurological and substance use disorders in non-specialized health settings. Geneva: World Health Organization; 2010.

7. Centers for Disease Control and Prevention. Prevalence of self-reported postpartum depressive symptoms-17 states, 2004-2005. MMWR Morb Mortal Wkly Rep. 2008; 57(14):361-6.

8. Rojas G, Fritsch R, Guajardo V, Rojas F, Barroilhet S, Jadresic E. Caracterización de madres deprimidas en el posparto. Rev Med Chile. 2010; 138(5): 536-42.

9. Dennis C, Chung L. Postpartum depression help-seeking barriers and maternal treatment preferences: a qualitative systematic review. Birth. 2006; 33(4): 323-31.

10. O'Connor E, Rossom R, Henninger M, Groom H, Burda B. Primary care screening for and treatment of depression in pregnant and postpartum women: evidence report and systematic review for the US Preventive Services Task Force. JAMA. 2016; 315(4): 388-406.

11. Alvarado R, Rojas M, Monardes J, Perucca E, Neves E, Olea E, et al. Cuadros depresivos en el posparto en una cohorte de embarazadas: construcción de un modelo causal. Rev Chil Neuro-Psiquiat. 2010; 38(2): 84-93.

12. Molero K, Urdaneta J, Sanabria C, Baabel N, Contreras A, Azuaje E, et al. Prevalencia de depresión posparto en puérperas adolescentes y adultas. Rev. chil. obstet. ginecol. 2014; 79(4): 294-304.

13. Perez R, Saez K, Alarcon L, Aviles V, Braganza I, Coleman J. Variables posiblemente asociadas a depresión posparto, según escala Edimburgo. Rev Obstet Ginecol Venez. 2007; 67(3): 187-91.

14. Vargas J, García M. Depresión post-parto: presencia y manejo psicológico. Centro Regional de Investigación en Psicología. 2009; 3(1): 11-8.

15. Fairbrother N, Janssen P, Antony M, Tucker E, Young A. Perinatal anxiety disorder prevalence and incidence. J Affect Disord. 2016; 200: 148-55.

16. Le Strat Y, Dubertret C, Le Foll B. Prevalence and correlates of major depressive episode in pregnant and postpartum women in the United States. J. Affect. Disord. 2011; 135: 128-38.

17. Russell E, Fawcett J, Mazmanian D. Risk of obsessive-compulsive disorder in pregnant and postpartum women: a meta-analysis. J Clin Psychiatry. 2013; 74(4): 377-85.

18. WHO. Pregnancy, child birth and the postpartum period. En: Mental Health Aspects of Women's Reproductive Health: A Global Review of the Literature (World Health Organization)., World Health Organization. 2009: pp. 8-30.

19. Póo A, Espejo C, Godoy C, Gualda M, Hernández T, Pérez C. Prevalencia y factores de riesgo asociados a la depresión posparto en puérperas de un Centro de Atención Primaria en el Sur de Chile. Rev Méd Chile. 2008; 136(1): 44-52.

20. Bonilla O. Depresión y factores asociados en mujeres adolescentes embarazadas y no embarazadas en Medellín (Colombia) 2009. Estudio de corte transversal. Rev Col Obstet Ginecol. 2010; 61(3): 207-13.

21. Alvarado C, Cifuentes A, Estrada S, Salas C, Hernández A, Ortiz SG, et al. Prevalencia de depresión posnatal en mujeres atendidas en hospitales públicos de Durango, México. Gac Méd Méx. 2010; 146(1): 1-9.

22. Aramburú P, Arellano R, Jáuregui S, Pari L, Salazar P, Sierra O. Prevalencia y factores asociados a depresión posparto en mujeres atendidas en establecimientos de salud del primer nivel de atención en Lima Metropolitana, junio 2004. Rev Peru Epidemiol. 2008; 12(3): 1-5.

23. Escobar J, Pacora P, Custodio N, Villar W. Depresión posparto: ¿se encuentra asociada a la violencia basada en género? An Fac med. 2009; 70(2): 115-8.

24. O'Hara M, McCabe J. Postpartum depression: current status and future directions. Annu Rev Clin Psychol. 2013; 9: 379-407.

25. Di Florio A, Meltzer S. Is postpartum depression a distinct disorder? Curr Psychiatry Rep. 2015; 17(10): 76.

26. Ragan C, Lonstein J. Differential postpartum sensitivity to the anxiety-modulating effects of offspring contact is associated with innate anxiety and brainstem levels of dopamine beta-hydroxylase in female laboratory rats. Neuroscience. 2014; 256: 433-55.

27. Britton J. Maternal anxiety: course and antecedents during the early postpartum period. Depress. Anxiety. 2008; 25(9): 793-800.

28. Agrati D, Browne D, Jonas W, Meaney M, Atkinson L, Steiner M. Maternal anxiety from pregnancy to 2 years postpartum: transactional patterns of maternal early adversity and child temperament. Arch Womens Ment Health. 2015; 18(5): 693-705.

29. Goodman J. Anxiety disorders in postpartum women: a systematic review and meta-analysis. J. Affect. Disord. 2016; 203: 292-331.

30. Davey H, Tough S, Adair C, Benzies K. Risk factors for sub-clinical and major postpartum depression among a community cohort of Canadian women. Matern Child Health J. 2011; 15(7): 866-75.

31. Jones I, Craddock N. Searching for the puerperal trigger: molecular genetic studies of bipolar affective puerperal psychosis. Psychopharmacol Bull. 2007; 40(2):115-28.

32. Robertson E, Putnam F, Rubinow DR, Matthieu M, Hunn J, Putnam K, et al. Antecedent trauma exposure and risk of depression in the perinatal period. J Clin Psychiatry. 2013; 74(10): e942-8.

33. Mercier R, Garrett J, Thorp J, Siega-Riz A. Pregnancy intention and postpartum depression: secondary data analysis from a prospective cohort. BJOG. 2013; 120(9): 1116-22.

34. McMahon C, Boivin J, Gibson F, Fisher J, Hammarberg K, Wynter K. Older first-time mothers and early postpartum depression: a prospective cohort study of women conceiving spontaneously or with assisted reproductive technologies. Fertil Steril. 2011; 96(5): 1218-24.

35. Secco M, Profit S, Kennedy E, Walsh A, Letourneau N, Stewart M. Factors affecting postpartum depressive symptoms of adolescent mothers. J Obstet Gynecol Neonatal Nurs. 2007; 36(1): 47-54.

36. Miyake Y, Tanaka K, Sasaki S, Hirota Y. Employment, income, and education and risk of postpartum depression: the Osaka Maternal and Child Health Study. J Affect Disord. 2011; 130(1-2): 133-7.

37. Urdaneta J, Rivera A, García J, Guerra M, Baabel N, Contreras A. Prevalencia de depresión posparto en primigestas y multíparas valoradas por la escala de Edimburgo. Rev. chil. obstet. ginecol. 2010; 75(5): 312-20.

38. Vera O, Vera F. Evaluación del nivel socioeconómico: presentación de una escala adaptada en una población de Lambayeque. Rev cuerpo méd HNAAA. 2013;6(1): 41-5.

39. Méndez H, De Méndez M. Estratificación social y biología humana: método de Graffar modificado. Arch Ven Pueric Pediatr. 1986; 49(3-4): 93-104.

40. Declaración de Helsinki de la Asociación Médica Mundial. Seúl, Corea 2008.

41. Ley que establece los Derechos de las personas usuarias de los servicios de la salud Ley N° 29414. Perú 2009.

42. Colegio Médico del Perú. Código de ética y deontología. Lima, 2007.

43. Vásquez, E. & Sangama, R. Relación entre características sociodemográficas y riesgo de depresión posparto en puérperas que consultan en la clínica corpomedico Tarapoto junio-setiembre 2012. Tesis de Licenciatura. Universidad Nacional de San Martín. Tarapoto: 2012

44. Atencia, S. Factores de riesgo para la depresión posparto en madres adolescentes atendidas en el hospital nacional Daniel Alcides Carrión durante abril – junio, 2015. Tesis de Licenciatura. Universidad Nacional Mayor de San Marcos. Lima: 2015.

45. De León, A. Consecuencias de la depresión postparto en pacientes en edades comprendidas de 14 A 45 años. Tesis de Maestría. Universidad Rafael Landivar. Quetzaltenango: 2014.

46. Delgado, J. Factores de riesgo asociados a depresión postparto en adolescentes. Tesis de Licenciatura. Universidad del Zulia. Maracaibo: 2013.

47. Romero, G. Relación entre características sociodemográficas y riesgo de depresión postparto en puérperas de la Clínica Good Hope noviembre de 2015. Tesis de Licenciatura. Universidad Ricardo Palma. Lima: 2016.

48. Lara, M.A., Medina-Mora, M.E., Salgado, N., Acevedo, M., Díaz-Pérez, M. y Villatorio, J. Utilización de servicios para problemas de salud mental en población femenina: tres estudios. Salud Mental. 1996; 19(2), 42-48.

49. Garay, J. C. Niveles de depresión, autoestima y estrés en mujeres que tienen un trabajo remunerado y mujeres que tienen un trabajo no remunerado (amas de casa). Tesis para grado de doctor. Universidad Iberoamericana. México. 2005.

50. Hobfall, S., RItter, C., Lavin, J., Husuer, M. y Cameron, R. Depression prevalence and incidence among inner-city pregnant and post-partum woman. Journal of consulting and clinical psychology. 1995; 63, 445-453.

51. Sedeño, E. Los roles sexuales. Universidad de Granada. España. 1984.

52. Riley, D. y Echenrode, J. Social ties: Subgroup differences in costs and benefits. Journal of Personality and social Psychology. 1996; 51, 770-778

53. Instituto Nacional de Estadística e Informática. Encuesta demográfica y de salud familiar-ENDES. Perú. 2014.

54. Vélez-Bautista, G. Las mujeres, eje potencial de desarrollo. Universidad Autónoma del Estado de México. México. 2001.

VIII. ANEXOS.

ANEXO 01

CUESTIONARIO SOBRE DEPRESIÓN PUERPERAL

CUESTIONARIO "ESCALA DE DEPRESIÓN DE EDIMBURGO"

Edad: ____ **N° de Gestación**: _____

Estado Civil: Soltera ( ) Casada ( ) Conviviente ( )

Grado de Instrucción: Primaria ( ) Secundaria ( ) Superior ( )

Nos gustaría saber cómo se siente actualmente. Por favor Marque con un aspa "X" la respuesta que más se acerca a cómo se ha sentido DURANTE LOS ÚLTIMOS 7 DÍAS y no sólo cómo se ha sentido hoy.

1. He sido capaz de reír y ver el lado bueno de las cosas:
0 Tanto como siempre
1 No tanto ahora
2 Mucho menos
3 No, no he podido

2. He mirado el futuro con placer:
0 Tanto como siempre
1 Algo menos de lo que solía hacer
2 Definitivamente menos
3 No, nada

3. Me he culpado sin necesidad cuando las cosas no salían bien:
3 Sí, la mayoría de las veces
2 Sí, algunas veces
1 No muy a menudo
0 No, nunca

4. He estado ansiosa y preocupada sin motivo:
0 No, para nada
1 Casi nada
2 Sí, a veces
3 Sí, a menudo

5. He sentido miedo y pánico sin motivo alguno:
3 Sí, bastante
2 Sí, a veces
1 No, no mucho
0 No, nada

6. Las cosas me oprimen o agobian:
3 Sí, la mayor parte de las veces
2 Sí, a veces
1 No, casi nunca
0 No, nada

7. Me he sentido tan infeliz que he tenido dificultad para dormir:
3 Sí, la mayoría de las veces
2 Sí, a veces
1 No muy a menudo
0 No, nada

8. Me he sentido triste y desgraciada:
3 Sí, casi siempre
2 Sí, bastante a menudo
1 No muy a menudo
0 No, nada

9. He sido tan infeliz que he estado llorando:
3 Sí, casi siempre
2 Sí, bastante a menudo
1 Sólo en ocasiones
0 No, nunca

10. He pensado en hacerme daño a mí misma:
3 Sí, bastante a menudo
2 A veces
1 Casi nunca
0 No, nunca

ANEXO 02

HOJA INFORMATIVA

Título: Nivel socioeconómico bajo como factor de riesgo de depresión puerperal.

Autor: Walter Hurtado Rodríguez, DNI:

Objetivo principal del estudio: Demostrar que el nivel socioeconómico bajo es factor de riesgo de depresión puerperal en pacientes atendidas en el Hospital Regional José Alfredo Mendoza Olavarría-Tumbes**.**

Estimado participante: Para efectos de la investigación se le pedirá llenar dos encuestas, en donde colocará sus datos generales y responderá sinceramente las preguntas propuestas.

RECUERDE:

1. Su participación no conlleva riesgos personales., caso contrario el personal investigador corre con todos los pormenores.
2. No recibirá ninguna compensación económica por participar.
3. Su identidad será protegida mediante un código asignado desde el momento de la recolección de la muestra y los resultados serán de uso exclusivo para la investigación.
4. Su decisión de participar en el estudio es completamente voluntaria y es libre de retirarse de la misma sin previa explicación de los motivos.
5. Cualquier información al respecto de la investigación se le será brindada.

ACTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo:

Identificado (a) con DNI N°:

He leído y comprendido la información anterior y mis preguntas han sido respondidas de manera satisfactoria. He sido informado (a) y entiendo el bajo riesgo que conlleva y que los datos obtenidos en el estudio pueden ser publicados o difundidos con fines científicos, pero se me explicó acerca de la protección de datos. Por lo tanto, convengo en participar en este estudio de investigación.

Recibiré una copia firmada y fechada de esta acta de consentimiento informado.

_____

Firma del participante **Fecha:**

_____

Firma del Investigador

ANEXO 03

ENCUESTA SOBRE EL NIVEL SOCIOECONÓMICO.

Encierre con un círculo "**O**" el número de ítem al cual corresponda.

Dimensión	Ítem	Contenido
1. Profesión del Jefe de Familia	1	Profesión Universitaria, financistas, banqueros, comerciantes, todos de alta productividad, Oficiales de las Fuerzas Armadas (si tienen un rango de Educación Superior).
	2	Profesión Técnica Superior, medianos comerciantes o productores.
	3	Empleados sin profesión universitaria, con técnica media, pequeños comerciantes o productores.
	4	Obreros especializados y parte de los trabajadores del sector informal (con primaria completa).
	5	Obreros no especializados y otra parte del sector informal de la economía (sin primaria completa).
2.Nivel de instrucción de la madre	1	Enseñanza Universitaria o su equivalente.
	2	Técnica Superior completa, enseñanza secundaria completa, técnica media.
	3	Enseñanza secundaria incompleta, técnica inferior.
	4	Enseñanza primaria, o alfabeta (con algún grado de instrucción primaria)
	5	Analfabeta.
3.Principal fuente de ingreso de la familia	1	Fortuna heredada o adquirida.
	2	Ganancias o beneficios, honorarios profesionales.
	3	Sueldo mensual.
	4	Salario semanal, por día, entrada a destajo.
	5	Donaciones de origen público o privado.
4.Condiciones de alojamiento	1	Vivienda con óptimas condiciones sanitarias en ambientes de gran lujo.
	2	Viviendas con óptimas condiciones sanitarias en ambientes con lujo sin exceso y suficientes espacios.
	3	Viviendas con buenas condiciones sanitarias en espacios reducidos o no, pero siempre menores que en las viviendas 1 y 2.
	4	Viviendas con ambientes espaciosos o reducidos y/o con deficiencias en algunas condiciones sanitarias.
	5	Rancho o vivienda con condiciones sanitarias marcadamente inadecuadas.

Nivel socioeconómico Bajo: Puntaje ≥ 13 puntos