

**Calidad de vida y síntomas indicativos de depresión en el puerperio**  
**Qualidade de vida e sintomas indicativos de depressão no puerperio**  
**Quality of life and indicative symptoms of puerperium depression**

**Recibido: 01/11/2019**  
**Aprobado: 15/05/2020**  
**Publicado: 01/07/2020**

**Sarah Gazarra Ferreira Silva<sup>1</sup>**  
**Paulo César Condeles<sup>2</sup>**  
**Bibiane Dias Miranda Parreira<sup>3</sup>**  
**André Luiz Moreno<sup>4</sup>**  
**Marina Carvalho Paschoini<sup>5</sup>**  
**Mariana Torreglosa Ruiz<sup>6</sup>**

Estudio cuantitativo transversal realizado en 2017 con 103 puérperas, que tuvo por objeto analizar y medir la calidad de vida de puérperas, identificar la prevalencia de signos indicativos de depresión posparto y asociar las puntuaciones de calidad de vida con los síntomas depresivos. Se aplicaron instrumentos sobre condiciones sociodemográficas, de salud y obstétricas, el "Índice de calidad de vida" y el Inventario de Depresión de Beck. La puntuación total de la calidad de vida obtuvo un promedio de 24,77. Los dominios con puntuaciones más bajas y más altas fueron el Socioeconómico y Familia. La puntuación media obtenida en el Inventario de Beck fue de 9,42, pero el 82,5% no presentaba signos de depresión. Se observó que la presencia de signos indicativos alteraba todas las puntuaciones de calidad de vida y sus dominios. Las mujeres puérperas obtuvieron altas puntuaciones de calidad de vida, sin embargo, los signos indicativos de depresión influyeron negativamente en la calidad de vida en todos sus dominios.

**Descriptores:** Periodoposparto; Calidad de vida; Adaptación psicológica; Depresión posparto; Enfermería obstétrica.

Estudo quantitativo, de delineamento transversal, realizado em 2017 com 103 puérperas, que teve por objetivo analisar e mensurar a qualidade de vida de puérperas, identificar a prevalência de sinais indicativos de depressão pós-parto e associar escores de qualidade de vida com sintomas depressivos. Aplicou-se instrumentos sobre condições sociodemográficas, de saúde e obstétricas, "Índice de Qualidade de Vida" e o Inventário de Beck para Depressão. O escore de qualidade de vida total obteve média de 24,77. Os domínios com menor e maior escore foram Socioeconômico e, Família. A média de pontos obtida no Inventário de Beck foi de 9,42, porém 82,5% não possuíam sinais indicativos de depressão. Observou-se que presença de sinais indicativos alterou todos os escores de qualidade de vida e seus domínios. As puérperas obtiveram altos escores de qualidade de vida, contudo, sinais indicativos de depressão influenciaram negativamente a qualidade de vida em todos os seus domínios.

**Descriptores:** Período pós-parto; Qualidade de vida; Adaptação psicológica; Depressão pós-parto; Enfermagem obstétrica.

This is a quantitative, cross-sectional study. It was carried out in 2017 with 103 mothers, and it aimed to analyze and measures the quality of life of puerperal women, and it identify the prevalence of indicative signs of postpartum depression and it associates quality of life scores with depressive symptoms. We applied socio-demographic conditions, health and obstetrics tools, the "Quality of Life Index" and the Beck Depression Inventory. The average total quality of life score was 24.77. The aspects with the smallest and largest scores were Socioeconomic and Family. The average of points on the Beck Inventory was 9.42, but 82.5% did not have indicative signs of depression. We noticed that the presence of indicative signs changed all quality of lives scores. The puerperal women obtained high scores on quality of life, but indicative signs of depression influenced negatively the quality of life in all of its aspects.

**Descriptors:** Postpartum period; Quality of life; Adaptation, Psychological; Depression, Postpartum; Obstetric nursing.

1. Enfermera. Especializanda en Enfermería y Salud de la Mujer por Faculdade Dom Alberto. Uberaba, MG, Brasil. ORCID: 0000-0002-2733-5666 E-mail: sarahg.ferreira@hotmail.com

2. Enfermero. Uberaba, MG, Brasil. ORCID: 0000-0001-5100-2733 E-mail: paulocondeles@yahoo.com.br

3. Enfermera. Especialista en Enfermería Obstétrica. Especialista en la Enseñanza de la Educación Superior. Maestra en Atención Médica. Doctora en Enfermería en Salud Pública. Profesora Adjunta del curso de Graduación de Enfermería en la Universidade Federal do Triângulo Mineiro (UFTM), Uberaba, MG, Brasil. ORCID: 0000-0001-7369-5745 E-mail: bibianedias@yahoo.com.br

4. Psicólogo. Especialista en Terapia Cognitiva Conductual. Maestro en Psicología. Doctor en Salud Mental. Supervisor Clínico de Psicoterapia en UNIMED-Uberaba, MG, Brasil. ORCID: 0000-0002-8217-3567 E-mail: moreno.andreluiz@gmail.com

5. Médica Obstetra. Maestra y Doctora en Tocoginecología. Profesora Adjunta del curso de Graduación de Medicina en la UFTM, Uberaba, MG, Brasil. ORCID: 0000-0003-2218-4747 E-mail: marinacp@terra.com.br

6. Enfermera. Especialista en Enfermería Obstétrica y Neonatal. Maestra y Doctora en Enfermería de Salud Pública. Profesora Adjunta del Curso de Graduación de Enfermería em la UFTM, Uberaba, MG, Brasil. ORCID: 0000-0002-5199-7328 E-mail: marianatorreglosa@hotmail.com

## INTRODUCCIÓN

**E**n 1998 la Organización Mundial de la Salud definió el concepto de Calidad de Vida (CV) como la *“percepción que tiene el individuo de su posición en la vida dentro del contexto cultural y el sistema de valores en el que vive en relación con sus objetivos, expectativas, estándares y preocupaciones”*<sup>1</sup>.

Este concepto abarca: la salud física, el estado psicológico y emocional, el nivel de independencia, las relaciones sociales, las dimensiones espirituales y ambientales, que afectan sustancialmente a la salud de los individuos<sup>1</sup>. Sin embargo, es un término subjetivo, influenciado por el medio ambiente y que refleja el momento actual experimentado por el individuo<sup>2</sup>.

El puerperio o posparto corresponde al período de cambios físicos, psíquicos y sociales causados por el embarazo y el parto en la mujer, que tienden a volver a la normalidad de la situación anterior<sup>3</sup>. Comienza después del desprendimiento de la placenta, pero su final es indeterminado e individualmente variable, extendiéndose hasta un año después del nacimiento<sup>3,4</sup>.

En este período, las mujeres están experimentando intensas transformaciones<sup>5</sup>, empezando por la disminución de las horas de sueño o su privación, hasta la pérdida de su autonomía, ya que su vida diaria está ahora controlada por el horario del bebé<sup>6</sup>. Frente a la carga emocional del período, un estudio señaló que las mujeres se vuelven inseguras, preocupadas, temerosas, irritadas y culpables, debido a un cambio de hábitos, el nacimiento del niño, además de la pérdida de libertad impuesta por la maternidad<sup>7</sup>.

Así pues, el puerperio se caracteriza por ser un período de vulnerabilidad en la vida de las mujeres, ya que las alteraciones físicas y psíquicas pueden causar cambios en la salud y el bienestar, aumentando el riesgo de desarrollar trastornos psiquiátricos<sup>8</sup>.

Estudios con diferentes poblaciones y muestras señalan que cuanto más altas son las tasas de depresión y/o ansiedad en este período, más bajas son las puntuaciones de CV, es decir, los síntomas pueden afectar negativamente a la vida de las personas<sup>9,10</sup>; principalmente en los dominios psicológico y de percepción del estado general de salud.

Entre los trastornos mentales, la depresión es el más destacado debido a su alta y creciente prevalencia (afecta a entre el 8 y el 18% de las mujeres púerperas) y también debido a la incapacidad laboral y social relacionada con este trastorno<sup>11</sup>. El diagnóstico de la depresión en el período puerperal tiene características especiales, y por lo tanto se codifica con el especificador de depresión posparto<sup>12,13</sup>.

La depresión posparto presenta causas multifactoriales, especialmente por factores biológicos, psicológicos y socioeconómicos<sup>14</sup>. Se caracteriza por la presencia de un estado de ánimo deprimido, la pérdida de placer e interés en las actividades, cambios en el peso o el apetito, cambios en el sueño, agitación o retraso psicomotor, sensación de fatiga, sentimiento de inutilidad o culpa, dificultad para concentrarse o tomar decisiones e incluso pensamientos de muerte o ideas de suicidio, son síntomas clínicos relacionados con la depresión posparto<sup>15</sup>. Estas características, en el caso de la depresión posparto, coinciden con el nacimiento del hijo para caracterizar el diagnóstico. Sin embargo, también es evidente que las mujeres que han experimentado síntomas de depresión durante el embarazo son más vulnerables a los síntomas de la depresión posparto<sup>16</sup>.

Por lo tanto, es necesario explorar más la experiencia de las mujeres durante este período, como los valores, sentimientos y necesidades<sup>17</sup> y, en general, elementos que interfieren con la adaptación a la maternidad, con el propósito de que los profesionales de la salud planifiquen intervenciones que colaboren a mejorar la CV de las mujeres púerperas<sup>6</sup>.

Sin embargo, se observa que, aunque hay producciones sobre CV, hay pocos estudios que aborden el impacto en la salud de la mujer (física y mental) y, más concretamente, que los evalúen durante el puerperio y su impacto en el bienestar materno e infantil. Así pues, este estudio tuvo por objeto analizar y medir la calidad de vida de las mujeres púerperas, identificar

la prevalencia de los signos indicativos de depresión posparto y asociar las puntuaciones de la calidad de vida con los síntomas depresivos.

## MÉTODO

Se trata de un estudio cuantitativo transversal, realizado en 2017 en un hospital universitario, situado en la ciudad de Uberaba, estado de Minas Gerais. El hospital es una referencia para la resolución de embarazos de alto riesgo, enfermedades infecciosas del ciclo gravídico-puerperal, prenatal patológico de las ciudades del Triángulo Sur de Minas Gerais (27 ciudades), de embarazos normales de residentes del Distrito I de Uberaba (alrededor de 150.000 habitantes) y de todas las ciudades del Triángulo Sur que no tienen hospital.

Para determinar el tamaño de la muestra, utilizamos la aplicación PASS (*Power Analysis and Sample Size*) versión 15, en la que se introdujeron los siguientes valores e información: coeficiente de determinación  $R^2=0,13$ , teniendo como nivel de significación  $\alpha=0,05$ . La muestra no fue probabilística por conveniencia y los datos se recogieron de marzo a diciembre de 2017.

Se incluyó en el estudio a mujeres que estaban experimentando el puerperio (en la primera semana o hasta 90 días después del parto), que han tenido un regreso del puerperio y/o del neonato programados en la institución; que sabían leer y escribir; que podían responder al cuestionario y que consintieron en participar en el estudio, independientemente de la edad (las mujeres puérperas menores de 18 años tuvieron el Término de Consentimiento Libre e Informado firmado por los padres y/o tutores legales y dieron su consentimiento). Quedan excluidas las mujeres puérperas que tuvieron un aborto como resultado; la muerte fetal, el nacimiento de un mortinato o muerte neonatal; así como las mujeres puérperas que tuvieron una contrarreferencia para el regreso puerperal en la UBS o ESF donde tuvieron consultas prenatales, y las mujeres que tuvieron un parto asistido en otras instituciones.

Se invitó a las mujeres puérperas a que respondieran al cuestionario en el que se abordaban los datos sociodemográficos, las condiciones de salud, la historia obstétrica, los datos sobre el nacimiento y el Recién Nacido (RN). Este cuestionario fue preparado por los propios investigadores, sobre la base de la información contenida en los cuadros institucionales y probado mediante un estudio piloto, resultando adecuado para responder a las variables de interés del estudio. Los datos se obtuvieron mediante una entrevista con las puérperas y/o se extrajeron de los registros médicos de las puérperas.

Para medir las puntuaciones de la Calidad de Vida (CV), se utilizó la versión genérica del Índice de Calidad de Vida - ICV, desarrollado por las investigadoras Carol Estwing Ferrans y Marjorie Powers, de la Universidad de Chicago e Illinois - EE.UU., en 1984, para medir la CV en cuanto a la satisfacción de la vida. El instrumento consta de dos partes: la primera se asocia a la satisfacción y la segunda refleja la importancia que se atribuye a sus elementos<sup>18,19</sup>. El ICV es un instrumento validado, traducido al portugués brasileño y disponible para su uso libre, así como su sintaxis. El instrumento que mide la CV en general subdivide sus ítems en cuatro dominios, para los cuales genera las respectivas puntuaciones: Salud y funcionamiento; Psicológico y Espiritual; Familia; y, Socioeconómico. La puntuación varía en el rango de 0-30, para todas las versiones, y cuanto más alta es la puntuación, mejor es la CV<sup>18,19</sup>.

Se observó que no existe un instrumento calificado para evaluar la CV en el puerperio. El ICV de Ferrans & Powers<sup>18,19</sup>, se presentó adecuado para satisfacer los objetivos, ya que permite la medición de la CV en personas sanas y, considerando que el puerperio no es un estado de morbilidad<sup>6</sup>, justificando su utilización.

Para identificar los signos indicativos de depresión se utilizó el Inventario de Depresión de Beck (BDI), desarrollado en 1961 por Beck y sus colegas para evaluar y detectar los síntomas de la depresión. Se tradujo y validó al portugués brasileño en 1982 y es capaz de diferenciar entre personas 'normales' o con síntomas de ansiedad y/o depresión, y es aplicable a diferentes grupos de edad (incluidos los ancianos y los adolescentes) y en diferentes contextos<sup>20</sup>.

El BDI se compone de 21 preguntas que abordan los síntomas y las actitudes y tiene una alta fiabilidad, consistencia interna y validez. A través de las preguntas estructuradas es posible evaluar: el estado de ánimo, el pesimismo, los sentimientos de fracaso, la insatisfacción, los sentimientos de culpa, los sentimientos de punición, el autodesprecio, la autoacusación, el deseo de autocastigo, las crisis de llanto, la irritabilidad, el aislamiento social, la indecisión, la inhibición en el trabajo, los trastornos del sueño, la fatiga, la pérdida de apetito, la pérdida de peso, la pérdida de libido y la preocupación. Todos los síntomas son evaluados en base a la última semana hasta el día de hoy. Cada pregunta tiene cuatro alternativas de respuesta con puntuaciones que van de cero a tres puntos, siendo cero la ausencia y tres, la presencia de síntomas intensos<sup>20</sup>.

Del total de los puntos es posible clasificar en: de cero a nueve - ausencia de síntomas depresivos; de 10 a 18 puntos - depresión leve; de 19 a 29 puntos - depresión moderada y, de 30 a 63 puntos - depresión grave<sup>20</sup>.

Los datos recogidos se almacenaron en una planilla de *Excel*®, con técnica de doble digitación y se realizó la validación de la base. Después de importarlos al *Statistical Package for the Social Sciences* (versión 23), analizados por medio de estadísticas descriptivas simples, y para determinar la correlación entre los signos indicativos de depresión y las puntuaciones de CV, se utilizó la correlación de Pearson (para dos variables cuantitativas). Para evaluar la correlación entre las variables sociodemográficas, clínicas, obstétricas y neonatales, utilizamos la Prueba t de Student (para las variables cualitativas y las puntuaciones cuantitativas) y la correlación de Pearson.

Se analizaron las siguientes variables en relación con las mujeres puérperas: adolescentes y ancianas (edad > 35 años); pardas y blancas; que tenían pareja o no; que hayan terminado la escuela secundaria o no; católicas o sin religión; con ingresos inferiores o superiores a dos salarios mínimos; con o sin hogar propio; fumadoras; alcohólicas; que hayan tenido patologías antes del embarazo; primíparas; que tuvieron RN prematuros, pequeños o grandes para la edad gestacional; según el tipo de parto y el género del RN; que tuvieron interurrencias en el embarazo o el parto; que estaban amamantando en el momento de la entrevista, si el amamantamiento era exclusivo y si había un traumatismo en los pezones; y, si notaron una mejora o un empeoramiento de su salud y de la salud del RN después del alta hospitalaria. Las variables consideradas significativas fueron las que presentaron un valor de  $p \leq 0,05$ .

Todas las participantes firmaron el Término de Consentimiento Libre e Informado. El estudio fue aprobado por el Comité de Ética en Investigación (CEP) de la Universidade Federal do Triângulo Mineiro, informe número 1.774.885 del 14 de octubre de 2016, y todo su desarrollo fue guiado y orientado por las Directrices y Normas Reguladoras de las Investigaciones con Seres Humanos, contenidas en la Resolución 466/12/CNS/MS.

## RESULTADOS

Se obtuvo un tamaño de muestra (n) de por lo menos 99 y hasta 124 sujetos, con la participación de 103 puérperas. La edad media era de 25,81 años, oscilando entre los 14 y los 42 años, el 9,7% eran adolescentes y el 10,7% tenían más de 35 años; el 41,8% de las mujeres se declaró parda; el 38,8% habían terminado la escuela secundaria; el 48,5% eran católicas. La mayoría estaba casada (65%), no ejercía actividades remuneradas (55,3%); tenían ingresos de hasta dos salarios mínimos (59,2%), vivían en su propia casa (57,3%) y provenían del propio municipio (68%).

En cuanto a las condiciones de salud y los hábitos, el 8,7% declaró el consumo de bebidas alcohólicas, el 5,7% declaró ser fumadora y sólo una puérpera informó del uso de drogas ilícitas. El 30,1% de las mujeres presentaba patologías previas al embarazo, siendo más frecuentes la hipertensión (25,8%) y el hipotiroidismo (22,6%); sin embargo, el 70,9% de las mujeres puérperas informaron que su embarazo presentaba alguna patología, siendo más frecuentes: hipotiroidismo (18,4%), síndromes hipertensivos (15,5%), diabetes gestacional (8,7%),

anemia y sífilis (ambas con un porcentaje del 3,9%) y depresión (2%). En cuanto al uso de medicamentos durante el embarazo, el 98,1% declaró utilizar, siendo más utilizados, el sulfato ferroso (89,3%) y el ácido fólico (37,9%); el 2,9% declaró utilizar antidepresivos durante el embarazo.

En cuanto a los datos obstétricos, la media de embarazos fue de  $2,46 \pm 1,54$ , y la de partos de  $2,23 \pm 1,41$ ; la media de consultas prenatales fue de  $8,14 \pm 2,45$  y la edad gestacional media al nacer fue de  $38,54 \pm 1,53$  semanas, con un rango de 33 a 42 semanas.

En cuanto al tipo de parto, el 47,6% fueron cesáreas y, de éstas, el 40,8% se indicaron por alteración de la vitalidad fetal; el 22,4% por descompensación de la patología materna y el 22,4% por iteratividad. Por otra parte, el parto normal con episiotomía fue del 28,2% y el parto normal sin intervenciones fue del 24,3%, lo que en conjunto totalizó la mayoría de las rutas de parto (52,5%).

El peso al nacer fue en promedio de  $3090 \pm 637$  gramos, siendo el 81,9% apropiado para la edad, el 13,3% de bajo peso y el 4,8% de más de 4000 gramos. Hubo un discreto predominio de RN masculinos (51,5%).

Cuando se preguntó sobre la lactancia, el 90,3% estaba amamantando, el 70,9% en amamantamiento exclusivo; el 64,1% consideró que la acción de amamantar era óptima; el 24,2% informó de la aparición de traumatismos en los pezones, siendo más frecuentes la excoriación (15,5%) y la fisura (8,7%).

El retorno de la puérpera en la institución varió de ocho a 90 días, con un retorno medio de  $36,1 \pm 18,7$  días después del parto.

Entre las entrevistadas, la puntuación media del índice de CV general, considerando todos los dominios evaluados, fue de 24,77 puntos, con una variación de 16,11 puntos entre el valor más bajo y el más alto atribuido. La evaluación por dominios de calidad de vida indicó que los aspectos más afectados fueron los socioeconómicos, mientras que las relaciones familiares presentaron puntuaciones más altas. El dominio psicológico/espiritual presentó la mayor variación de puntuación en las respuestas (Tabla 1).

**Tabla 1.** Índice de Calidad de Vida (ICV) Total y por dominios de puérperas. Uberaba, MG, Brasil, 2017.

| ICV                    | Promedio | SD   | Mínimo | Máximo |
|------------------------|----------|------|--------|--------|
| Total                  | 24,77    | 3,21 | 13,98  | 30     |
| Salud y funcionamiento | 24,51    | 4,00 | 12,79  | 30     |
| Socioeconómico         | 22,33    | 4,46 | 10,38  | 30     |
| Psicológico/espiritual | 25,80    | 4,25 | 4,64   | 30     |
| Familia                | 27,55    | 2,40 | 20,40  | 30     |

La media de puntos obtenida en el BDI fue de  $9,42 \pm 7,97$ , con un rango de 0 a 49 puntos. De la clasificación de la puntuación, el 17,4% de las entrevistadas tenía signos indicativos de depresión en el momento de la entrevista, el 8,7% tenía signos leves; el 6,8% tenía signos moderados y el 1,9% tenía signos de depresión grave.

La presencia de signos indicativos de depresión cambió todas las puntuaciones de CV y todos sus dominios (Tabla 2). Aunque la asociación entre CV y sus dominios y la depresión se considera débil, se observan correlaciones negativas entre CV y la depresión, es decir, cuanto más alta es la puntuación obtenida en el BDI (signos de depresión), peor es la CV general y todos sus dominios de las mujeres puérperas (Tabla 2).

Sólo tres mujeres puérperas (2,9%) fueron diagnosticadas con depresión durante el embarazo y usaron antidepresivos, y sólo una de ellas mostró signos de depresión medidos por el BDI. Cuando se realizaron pruebas estadísticas, no se encontraron asociaciones estadísticamente significativas entre el ICV y sus dominios y un diagnóstico de depresión, así como depresión previa y signos indicativos en el momento de la entrevista. Sin embargo, debido al reducido número de casos, no fue posible verificar las relaciones causales entre estas variables debido a la limitada muestra.

**Tabla 2.** Asociación de puntuaciones del Índice de Calidad de Vida (ICV) total y por dominios y puntuación media obtenida del Inventario de Depresión de Beck en las puérperas, Uberaba, MG, Brasil, 2017.

| ICV                    | r      | p      |
|------------------------|--------|--------|
| Total                  | -0,605 | <0,001 |
| Salud y funcionamiento | -0,517 | <0,001 |
| Socioeconómico         | -0,488 | <0,001 |
| Psicológico/espiritual | -0,585 | <0,001 |
| Familia                | -0,230 | 0,019  |

Sólo tres mujeres puérperas (2,9%) fueron diagnosticadas con depresión durante el embarazo y usaron antidepresivos, y sólo una de ellas mostró signos de depresión medidos por el BDI. Cuando se realizaron pruebas estadísticas, no se encontraron asociaciones estadísticamente significativas entre el ICV y sus dominios y un diagnóstico de depresión, así como depresión previa y signos indicativos en el momento de la entrevista. Sin embargo, debido al reducido número de casos, no fue posible verificar las relaciones causales entre estas variables debido a la limitada muestra.

Al analizar la posible influencia de las variables sociodemográficas, clínicas, obstétricas y neonatales en las medias obtenidas en el BDI, observamos una asociación estadísticamente significativa sólo para la variable que reside en casa propia (Tabla 3). No se encontraron asociaciones estadísticamente significativas con otras variables sociodemográficas, clínicas, obstétricas y neonatales y la puntuación del BDI (Tablas 3 y 4).

**Tabla 3.** Variables sociodemográficas, clínicas, obstétricas y neonatales y puntuación obtenida en el Inventario de Depresión de Beck de 103 mujeres puérperas entrevistadas, Uberaba, MG, Brasil, 2017.

| Variable  | n  | Promedio | p     |
|---|----|----------|-------|
| Adolescentes  | 10 | 7,10     | 0,335 |
| No adolescentes   | 93 | 9,67     |       |
| Edad materna mayor de 35 años                             | 10 | 7,80     | 0,502 |
| Edad menor de 35 años                                     | 93 | 9,59     |       |
| Blancas   | 33 | 8,36     | 0,348 |
| No blancas  | 70 | 9,91     |       |
| Pareja de hecho   | 67 | 9,51     | 0,877 |
| Sin pareja de hecho                                       | 36 | 9,25     |       |
| Educación superior a la escuela secundaria completa       | 48 | 8,73     | 0,415 |
| Educación inferior a la escuela secundaria incompleta     | 55 | 10,02    |       |
| Tiene una ocupación remunerada                            | 47 | 8,62     | 0,353 |
| No tiene una ocupación remunerada                         | 56 | 10,09    |       |
| Religión  | 94 | 9,30     | 0,994 |
| Sin religión  | 9  | 10,67    | 0,994 |
| Ingresos superiores a 2 salarios mínimos*                 | 61 | 10,21    | 0,160 |
| Ingresos inferiores a 2 salarios                          | 37 | 7,86     |       |
| Vive en casa propia                                       | 60 | 10,63    | 0,048 |
| Vive en una casa alquilada o cedida (casa compartida)     | 43 | 7,72     |       |
| Fumadoras   | 6  | 8,50     | 0,773 |
| No fumadoras  | 97 | 9,47     |       |
| Alcohólicas   | 9  | 11,78    | 0,355 |
| No alcohólicas  | 94 | 9,19     |       |
| Tiene patología previa                                    | 31 | 11,23    | 0,131 |
| No tiene patología  | 72 | 8,64     |       |
| Primigesta  | 33 | 10,09    | 0,558 |
| Multigesta  | 70 | 9,10     |       |
| Parto normal  | 54 | 9,20     | 0,776 |
| Cesárea   | 49 | 9,65     |       |
| RN prematuro*   | 11 | 7,82     | 0,698 |
| RN a término  | 69 | 8,72     |       |
| RN pequeño para la edad gestacional (PEG)                 | 13 | 11,46    | 0,325 |
| RN con peso apropiado                                     | 90 | 9,12     |       |
| RN grande para la edad gestacional (GEG)                  | 5  | 8,80     | 0,860 |
| RN con peso apropiado                                     | 98 | 9,45     |       |
| Intercurrencias maternas durante el embarazo y/o el parto | 25 | 10,88    | 0,294 |
| Sin interurrencias  | 78 | 8,95     |       |
| Problemas de salud del RN                                 | 8  | 11,63    | 0,417 |
| RN saludable  | 95 | 9,23     |       |
| Puérperas en amamantamiento                               | 93 | 9,35     | 0,909 |
| Amamantamiento interrumpido                               | 10 | 10,00    |       |
| Amamantamiento materno exclusivo                          | 73 | 9,04     | 0,481 |
| Amamantamiento mixto o artificial                         | 20 | 10,50    |       |
| Presencia de traumatismo en los pezones                   | 27 | 9,37     | 0,972 |
| Sin traumatismo en los pezones                            | 76 | 9,43     |       |

\* Sólo 98 puérperas informaron de sus ingresos y la edad gestacional se describió en sólo 80 registros médicos.

**Tabla 4.** Correlación de las variables sociodemográficas, obstétricas y neonatales y puntuación obtenida en el Inventario de Depresión de Beck de 103 mujeres puérperas entrevistadas, Uberaba, MG, Brasil, 2017.

| Variable                                | R      | p     |
|---|--------|-------|
| Número de embarazos                     | 0,057  | 0,567 |
| Número de residentes en la residencia   | 0,056  | 0,576 |
| Número de hijos                         | 0,011  | 0,995 |
| Edad gestacional                        | 0,580  | 0,056 |
| Número de consultas prenatales          | 0,089  | 0,498 |
| Índice de Apgar en el 1º minuto de vida | -0,111 | 0,271 |
| Índice de Apgar en el 5º minuto de vida | 0,051  | 0,610 |
| Peso del recién nacido                  | 0,000  | 0,999 |
| Días de regreso puerperal               | 0,039  | 0,697 |

## DISCUSIÓN

Las mujeres puérperas tuvieron altas puntuaciones de CV. Los dominios más afectados fueron el socioeconómico, que tuvo puntuaciones más bajas, y el dominio familiar con puntuaciones más altas. Cuando se comparan los estudios que utilizaron el mismo instrumento para medir el ICV, se observa que hubo variación entre las puntuaciones generales, y en un estudio con adolescentes se obtuvo un promedio de 21,48<sup>19</sup> y ya entre las puérperas, en general, se obtuvo una puntuación media de 25,82<sup>6</sup>. Sin embargo, en ambos estudios, el dominio socioeconómico obtuvo la puntuación más baja y el dominio familiar la más alta<sup>6,19</sup>.

Las puntuaciones de calidad de vida se evaluaron en tres períodos puerperales diferentes, de cero a 60 días. Las peores puntuaciones de CV estaban relacionadas con los componentes físicos - capacidad funcional, aspectos físicos y dolor, asociados con el puerperio inmediato. El componente mental-vitalidad y aspectos sociales presentó importantes diferencias entre el puerperio inmediato y el remoto, con una mejora de las puntuaciones en el puerperio remoto (más de 40 días). Todas las puntuaciones mostraron una tendencia creciente a lo largo del período puerperal<sup>17</sup>.

Del mismo modo, un estudio con 224 mujeres puérperas en la India, en tres momentos diferentes, entre cero y 30 días después del parto, mostró que las puntuaciones de CV mejoraron para todas las mujeres entrevistadas con el tiempo<sup>21</sup>, indicando la capacidad de la puérpera para adaptarse a la maternidad y sus adversidades. Sin embargo, cuando se evaluaron los signos indicativos de depresión, no hubo diferencias estadísticamente significativas asociadas con el período puerperal en que se encontraba la mujer.

En las investigaciones los índices de signos indicativos de depresión en el puerperio, variaron del 4,7 al 53,3% de las mujeres<sup>22-26</sup>. Hubo una variación del 0,7 al 4,7% de los casos clasificados como signos graves de depresión<sup>22,23</sup>. La media obtenida en el BDI en un estudio similar fue de 10,78<sup>23</sup>. Y otro estudio sobre la aparición de la depresión posparto indicó que el 2,7% de las mujeres puérperas ya tomaban antidepresivos antes del embarazo<sup>24</sup>. Estos datos indican que la muestra del estudio estaba dentro de las medias verificadas, ya que el 17,4% presentaba signos indicativos de depresión, de los cuales el 1,9% se consideraba grave; la media obtenida en el BDI fue de 9,42 y el 2,9% utilizó antidepresivos en el embarazo.

En la presente investigación se encontró una asociación entre vivir en casa propia y los promedios más altos en el BDI. Esta variable puede estar asociada al hecho de que las mujeres que viven en sus propias casas pueden tener preocupaciones sobre el pago de la financiación, y esto es un factor comprometido en el puerperio, debido a las dificultades laborales y financieras impuestas por la maternidad. Otra posible explicación es que el hecho de no tener casa propia puede estar asociado con el hecho de vivir en una casa cedida, es decir, compartida con otras personas, lo que puede reforzar el apoyo/soporte en este período de adaptación. El hecho de que los miembros de la familia ayuden en el puerperio se considera importante y positivo<sup>27</sup> y, en general, los miembros de la familia y la comunidad se movilizan para ayudar y acoger a las



puérperas en sus demandas<sup>28</sup>.

Sin embargo, en la búsqueda de factores asociados a los signos de depresión, se señala: el tabaquismo, la insatisfacción con la relación matrimonial, los antecedentes de violencia durante el embarazo, la cesárea, el uso de antidepresivos en el embarazo, la falta de apoyo de la pareja durante el puerperio y la mala calidad del sueño<sup>23,24</sup>, que presentaron diferencias estadísticamente significativas que apuntaban a la influencia de esos factores en la aparición de signos depresivos.

Los resultados mostraron que las mujeres que presentaban signos de depresión tenían puntuaciones de CV más bajas en todos sus dominios, lo que demostraba la influencia negativa de la enfermedad en el período puerperal. En estudios similares, con bajas puntuaciones de CV en general, se destacaron principalmente los cambios en los dominios: físico, principalmente relacionado con el dolor y la salud general; vitalidad, con medias inferiores en los aspectos emocional y salud mental y, relaciones (afinidad/familia/amigos)<sup>22,25,29,30</sup>. Sin embargo, se encontró una asociación positiva entre las puntuaciones de CV en el dominio mental y una mayor capacidad de autocuidado materno<sup>28</sup>.

Es posible que influyan dificultades de distintos orígenes, tales como: adaptación a la maternidad; reducción de las horas de sueño; llanto constante del RN; tareas domésticas; cuidado de otros hijos; consejos y conjeturas de suegras, madres y/o vecinos, causando desgaste y cansancio a las madres. Estos aspectos negativos pueden tener repercusiones directas o indirectas en la salud materna e infantil, ya que durante el puerperio existe una indisociabilidad entre la madre y el bebé<sup>31</sup>.

## CONCLUSIÓN

Las mujeres puérperas tenían altas puntuaciones de calidad de vida. Sin embargo, el dominio socioeconómico fue el más comprometido y el dominio familia presentó mejores puntuaciones, lo que indica la importancia y la satisfacción ante el nacimiento y la configuración familiar.

El promedio obtenido en el BDI fue de 9,42 y la prevalencia de los signos indicativos de depresión fue del 17,4%, clasificándose como: signos leves (8,7%); moderados (6,8%) y graves (1,9%). Sólo el 2,9% de las mujeres ya usaron antidepresivos durante el embarazo.

Todos los ámbitos del ICV (general; salud y funcionamiento; socioeconómico, psicológico/espiritual y, familia) se vieron afectados negativamente por la presencia de signos indicativos de depresión entre las mujeres puérperas, y se encontró una asociación estadística entre las puntuaciones más altas en el BDI y el hecho de tener su propia residencia.

Las limitaciones del estudio fueron en cuanto al método utilizado, ya que se trataba de un estudio con un diseño descriptivo y transversal y en cuanto a la validez externa, ya que los datos no pueden generalizarse a otras realidades y no se pueden establecer relaciones causales; a su vez, esta investigación contribuye a la comprensión de esta relación y subraya la importancia de una visión individualizada e integral para que la asistencia prestada sea eficaz, humanizada y continua después del nacimiento del niño, a fin de garantizar una mejor CV para la madre y el bebé.

Es necesario repensar la atención en el puerperio, ya que es un período de intensas transformaciones, ya que el concepto de CV es complejo, multifactorial e influenciado por varios factores, y los signos indicativos de depresión presentan una relación directa con las bajas puntuaciones de CV en todos sus dominios. Por lo tanto, la detección e intervención temprana en los signos indicativos de depresión puede aumentar la CV de una mujer en este período. Además, hay que destacar la indisociabilidad entre la madre y el bebé, y tanto las condiciones maternas como las neonatales afectaron a la CV de ambos.

## REFERENCIAS

1. Organizacion Mundial de la Salud. Promoción de la Salud – Glosario. Genebra: Organización Mundial de la Salud; 1998.
2. Pereira EF, Teixeira CS, Santos AD. Qualidade de vida: abordagens, conceitos e avaliação. Rev Bras Educ Fís Esp. [Internet]. 2012 [citado en 31 oct 2019]; 26(2):241-50. DOI: 10.1590/S1807-55092012000200007
3. Ministério da Saúde (Brasil), Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. Atenção ao pré-natal de baixo risco [Internet]. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2012 [citado en 02 abr 2020]. (Cadernos de Atenção Básica; n. 32. Série A. Normas e manuais técnicos). Disponível en: [http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cadernos\\_atencao\\_basica\\_32\\_prenatal.pdf](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cadernos_atencao_basica_32_prenatal.pdf)
4. Vieira F, Bachion MM, Salge AKM, Munari DB. Diagnósticos de enfermagem da NANDA no período pós-parto imediato e tardio. Esc Anna Nery Rev Enferm. [Internet]. 2010 [citado en 31 oct 2019]; 14 (1):83-9. DOI: 10.1590/S1414-81452010000100013
5. Spindola T, Penna LHG, Lapa AT, Calvacanti ALS, Silva JMR, Santana RSC. Período pós-parto na ótica de mulheres atendidas em um hospital universitário. Enferm Foco [Internet]. 2017 [citado en 31 oct 2019]; 8(1):42-6. DOI: 10.21675/2357-707X.2017
6. Lima-Lara AC, Fernandes RAQ. Quality of life in the mediate puerperium: a quantitative study. Online Braz J Nurs. (Online) [Internet]. 2010 [citado en 31 oct 2019]; 9(1). DOI: 10.5935/1676-4285.20102815
7. Teixeira RC, Mandu ENT, Correa ACP, Marcon SS. Health needs of women in the postpartum. Esc Anna Nery Rev Enferm. [Internet]. 2015 [citado en 31 oct 2019]; 19(4):621-8. DOI: 10.5935/1414-8145.20150083
8. Abuchaim ESV, Caldeira NT, Lucca MMD, Varela M, Silva IA. Depressão pós-parto e autoeficácia materna para amamentar: prevalência e associação. Acta Paul Enferm. [Internet]. 2016 [citado en 31 oct 2019]; 29(6):664-70. DOI: 10.1590/1982-0194201600093
9. Ferreira AH, Godoy PBG, Oliveira NRCD, Diniz RAS, Diniz REAS, Padovani RC, et al. Investigação da ansiedade, depressão, e qualidade de vida em pacientes portadores de osteoartrite de joelho: um estudo comparativo. Rev Bras Reumatol. [Internet]. 2015 [citado en 31 oct 2019]; 55(5):434-8. DOI: 10.1016/j.rbr.2015.03.001
10. Otavianni AC, Betoni LC, Paravini SCI, Say KG, Zazzetta MS, Orlandi FS. Associação entre ansiedade e depressão e qualidade de vida de pacientes renais crônicos em hemodiálise. Texto Contexto Enferm. [Internet]. 2016 [citado en 31 oct 2019]; 25(3):1-8. DOI: 10.1590/0104-07072016000650015
11. World Health Organization. Depression and other comom disorders. Global health estimates. Genebra: World Health Organization; 2017. Disponível en: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/254610/WHO-MSD-MER-2017.2-eng.pdf;jsessionid=FD18DE3CECF6F6A83771F4464856795E?sequence=1>
12. American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders. DSM-5. 5ed. Whashington, DC: APA; 2013.
13. Moraes GPA, Lorenzo L, Pontes GAR, Montenegro MC, Cantilino A. Screening and diagnosing postpartum depression: when and how? Trends Psychiatr Psycoter. [Internet]. 2017 [citado en 31 oct 2019]; 39(1):54-61. DOI: 10.1590/2237-6089-2016-0034
14. Hartmann JM, Mendoza-Sassi RA, Cesar JA. Depressão entre puérperas: prevalência e fatores associados. Cad Saúde Pública [Internet]. 2017 [citado en 31 oct 2019]; 33(9):1-10. DOI: 10.1590/0102-311x00094016
15. Cantilino A, Zambaldi CF, Sougey EB, Rennó Junior J. Transtornos psiquiátricos no pós-parto. Rev Psiq Clín. [Internet]. 2010 [citado en 31 oct 2019]; 37(6):288-94. DOI: 10.1590/S0101-60832010000600006
16. Morais AODS, Simões VMF, Rodrigues LS, Batista RFL, Lamy ZC, Carvalho CA, et al. Sintomas depressivos e de ansiedade maternos e prejuízos na relação mãe/filho em uma coorte pré-natal: uma abordagem com modelagem de equações estruturais. Cad Saúde Pública [Internet]. 2017 [citado en 31 oct 2019]; 33(6):1-16. DOI: 10.1590/0102-311x00032016
17. Soler DR, Zanon Ponce MA, Soler ZASG, Wysocki AD. Qualidade de vida no puerpério: avaliação no pós-parto imediato, tardio e remoto. Rev Enferm UFPE Online [Internet]. 2015 [citado en 31 oct 2019]; 12(9):1093-101. DOI: 10.5935/1414-8145.20150025
18. Ferrans CE, Powers M. Quality of Life Index [Internet]. Chicago, IL: University of Illinois; [c1984] [citado en 31 oct 2019]. Disponível en: <http://CVi.org.uic.edu/index.htm>
19. Ferreira FM, Haas VJ, Pedrosa LAK. Qualidade de vida de adolescentes após a maternidade. Acta Paul Enferm. [Internet]. 2013 [citado en 31 oct 2019]; 26(3):245-9. DOI: 10.1590/S0103-21002013000300007
20. Gorenstein C, Andrade L. Validation of a portuguese version of the Beck Depression Inventory and the State-Trait Anxiety Inventory in Brazilian subjects. Braz J Med Biol Res. [Internet]. 1996 [citado en 31 oct 2019]; 29(4):453-7. Disponível en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/8736107>
21. Kohler S, Annerstedt KS, Diwan V, Lindholm L, Randive B, Vra K, et al. Postpartum quality of life in Indian women after vaginal birth and cesarean section: a pilot study using the EQ-SD-SL descriptive system. BMC Pregnancy Childbirth [Internet]. 2018 [citado en 31 oct 2019]; 18(1):427. DOI: 10.1186/s12884-018-2038-

0

22. Bodhare TN, Sethi P, Bele SD, Gayatri D, Vivekanand A. Postnatal quality of life, depressive symptoms and social support among women in Southern India. *Women Health* [Internet]. 2015 [citado en 31 oct 2019]; 55(3):353-65. DOI: 10.1080/03630242.2014.996722
23. Lee JY, Hwang JY. A study on postpartum symptoms and their related factors in Korea. *Taiwan J Obstet Gynecol.* [Internet]. 2015 [citado en 31 oct 2019]; 54(4):355-65. DOI: 10.1016/j.jtog.2014.04.030
24. Poles MM, Carvalheira APP, Carvalhaes MABL, Parada CMGL. Sintomas depressivos maternos no puerpério imediato: fatores associados. *Acta Paul Enferm.* [Internet]. 2018 [citado en 31 oct 2019]; 31(4):351-8. DOI:10.1590/1982-01494201800050
25. Papamarkou M, Sarafis P, Kaite CP, Malliarou M, Tsounis A, Niakas D. Investigation of the association between quality of life and depressive symptoms during postpartum period: a correlational study. *BMC Womens Health* [Internet]. 2017 [citado en 31 oct 2019]; 17(1):115. DOI: 10.1186/s12905-017-0473-0
26. Kalayasire R, Supcharoen W, Oujjanukoon P. Association between secondhand smoke exposure and quality of life in pregnant women and postpartum women and the consequences on the newborns. *Qual Life Res.* [Internet]. 2018 [citado en 31 oct 2019]; 27(4):905-12. DOI: 10.1007/s11136-018-1783-x
27. Xiao X, Ngai F, Zhu S, Loke AY. The experiences of early postpartum Shenzhen mothers and their need for home visit services: a qualitative exploratory study. *BMC Pregnancy Childbirth* [Internet]. 2020 [citado en 02 abr 2020]; 20:5. Disponible en: <https://bmcpregnancychildbirth.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12884-019-2686-8>
28. Van der Sand IC, Ressel LB, Monticelli M, Souza IEO, Schrimmer J. "A 'dieta' é tempo de cuidados": práticas de autoatenção no puerpério no cenário rural. *Rev Enferm UFSM* [Internet]. 2018 [citado en 02 abr 2020]; 8(4):794-811. Disponible en: <https://periodicos.ufsm.br/reufsm/article/view/29045>
29. Van der Woude DA, Pijnenborg JMA, Vries J. Health status and quality of life in postpartum women: a systematic review of associated factors. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol.* [Internet]. 2015 [citado en 31 oct 2019]; 185:45-52. DOI: 10.1016/j.ejogrb.2014.11.041
30. Ozdemir F, Ozturk A, Karabulutlu O, Tezel A. Determination of the life quality and self-care ability of the mothers in post-partum period. *J Pak Med Assoc.* [Internet]. 2018 [citado en 31 oct 2019]; 68(2): 210-5. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/29479095>
31. Andrade RD, Santos JS, Maia MAC, Mello DF. Fatores relacionados à saúde da mulher no puerpério e repercussões na saúde da criança. *Esc Anna Nery Rev Enferm.* [Internet]. 2015 [citado en 31 oct 2019]; 19(1):181-6. DOI: 10.5935/1414-8145.20150025

**CONTRIBUCIONES**

**Sarah Gazarra Ferreira da Silva, Paulo César Condeles, André Luiz Moreno y Mariana Torreglosa Ruiz** contribuyeron a la concepción, el análisis y la interpretación de los datos, la redacción y la revisión. **André Luiz, Bibiane Dias Miranda Parreira y Marina Carvalho Paschoini** participaron en la redacción y la revisión.

**Como citar este artículo (Vancouver)**

Silva SGF, Condeles PC, Parreira BDM, Moreno AL, Paschoini MC, Torreglosa Ruiz M. Calidad de vida y síntomas indicativos de depresión en el puerperio. *REFACS* [Internet]. 2020 [citado en: *insertar el día, mes y año de acceso*]; 8(3):416-426. Disponible en: *insertar el link de acceso*. DOI: *insertar el link de DOI*.

**Como citar este artículo (ABNT)**

SILVA, S. G. F.; CONDELES, P. C.; PARREIRA, B. D. M.; MORENO, A. L.; PASCHOINI, M. C.; TORREGLOSA RUIZ, M. Calidad de vida y síntomas indicativos de depresión en el puerperio. **REFACS**, Uberaba, MG, v. 8, n. 3, p. 416-426, 2020. Disponible en: *insertar el link de acceso*. Acceso en: *insertar el día, mes y año de acceso*. DOI: *insertar el link de DOI*.

**Como citar este artículo (APA)**

Silva, S.G.F., Condeles, P.C., Parreira, B.D.M., Moreno, A.L., Paschoini, M.C., & Torreglosa Ruiz M. (2020). Calidad de vida y síntomas indicativos de depresión en el puerperio. *REFACS*, 8(X), 416-426. Recuperado en: *insertar el día, mes y año de acceso de insertar el link de acceso*. DOI: *insertar el link de DOI*.