

**UNIVERSIDAD RICARDO PALMA
FACULTAD DE MEDICINA HUMANA
MANUEL HUAMÁN GUERRERO**



**FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS A DEPRESIÓN
POSPARTO EN PUÉRPERAS ATENDIDAS EN EL PUESTO DE
SALUD MALVINAS Y CENTRO DE SALUD IMPERIAL- CAÑETE
DURANTE EL PERIODO SETIEMBRE-DICIEMBRE 2021.**

TESIS:

Para optar el título profesional de Médica Cirujana

AUTOR(AS):

Rodriguez Romero ,Geraldine Miriam

(ORCID:0000-0001-50073679)

Roncal Calderón,Angie Guadalupe

(ORCID:0000-0003-2901-8135)

ASESORA

Dra. Roque Paredes, Ofelia

(ORCID: 0000-0001-8280-021X)

LIMA, PERÚ

2023

Metadatos Complementarios

Datos del Autor:

AUTORES: Rodriguez Romero, Geraldine Miriam/ Roncal Calderón, Angie Guadalupe

Tipo de documento de identidad de los AUTORES: DNI

Número de documento de identidad de los AUTORES: 72815839/74941165

Datos de asesor:

ASESOR: Dra.M.g.Ofelia Roque Paredes

Tipo de documento de identidad del ASESOR: DNI

Número de documento de identidad del ASESOR: 06243124

Datos del jurado

PRESIDENTE (M.C.Pedro Arango Ochante, 09807139, 0000-0002-3267-1904)

MIEMBRO (M.C.Maria Clorinda Araujo Durand, 06106324, 0000-0001-9594-7528)

MIEMBRO (M.G.Dante Manuel Quiñones Laveriano, 46174499, 0000-0002-1129-1427).

Datos de la investigación

Campo del conocimiento OCDE: 3.00.00

Código del Programa: 912016

AGRADECIMIENTOS

Agradecemos a cada uno de los docentes de la universidad Ricardo Palma, por sus consejos y compromiso durante cada etapa cursado los diferentes ciclos. Agradecemos a nuestra asesora, Dra Ofelia Roque Paredes y al director del INICIB Dr Jhony Alberto De La Cruz Vargas, junto a todo su equipo.

Especialmente, agradecemos a nuestros padres por su apoyo incondicional durante todos estos años y motivación para culminar este trabajo y el cumplimiento de nuestros objetivos que significan el esfuerzo y alegría.

DEDICATORIA

A nuestros padres quienes nos han apoyado para poder llegar y lograr este gran sueño, todos sus esfuerzos y sacrificios y más por todo el apoyo de forma incondicional que nos brindan día a día, gracias por estar presente no solo en esta etapa tan importante de nuestras vidas, sino en todo momento ofreciéndonos lo mejor y buscando lo mejor de nuestra persona.

A nuestros hermanos que están a nuestro lado y que de una u otra forma están para apoyarnos.

RESUMEN

Introducción: En los últimos años, la depresión es la morbilidad psiquiátrica más frecuente durante el embarazo y en el periodo posparto. Los trastornos depresivos continúan siendo un problema de salud pública que incrementó en las últimas décadas y más aún por el contexto de la pandemia, es vital conocer qué factores están involucrados. **Objetivos:** Determinar cuales son los factores riesgo asociados a depresión posparto en púerperas atendidas en el Puesto de salud Malvinas y Centro de salud Imperial - Cañete durante el periodo Setiembre-Diciembre 2021. **Metodología:** Se realizará un estudio observacional, analítico, transversal, el instrumento de estudio será la Escala de Edimburgo, uso de cuestionarios validados y base de datos de las pacientes. En la población, se descartó a los que no cumplieron con los criterios de inclusión. **Resultados:** Se encontró que el 54.11% (n=79) de púerperas presentó depresión pos parto. Los factores asociados para depresión posparto fueron el no contar con apoyo de pareja, falta de apoyo familiar, una lactancia materna inadecuada (RP=1.36; IC 95%: 0.99-1.85), malformación congénita (RP=1.60;IC 95%: 1,19-2,14) , dificultad para cuidar a su bebé (RP=1.53; IC 95%: 1,02-2,33). Por otro lado un 66.67%(n=26) han presentado una complicación neonatal (RP= 1.35; IC 95%:1,01-1,82) y el 60.94%(n=39) de las madres con depresión post parto tuvieron parto por cesárea (RP=1.25; IC 95%:0.93-1,68). **Conclusiones:** El estudio encontró que la depresión postparto tiene como factores de riesgo asociado más importante de tener un bebe con malformación congénita, seguida de la dificultad para cuidar al bebé, tipo de parto por cesárea, brindar una lactancia inadecuada y que su bebe tenga alguna complicación neonatal. Además, el factor protector más importante fue el apoyo de la pareja, seguido del apoyo familiar.

Palabras Claves (DeCs): Factores de Riesgo , Depresión Posparto

ABSTRACT

Introduction: In recent years, depression is the most frequent psychiatric morbidity during pregnancy and in the postpartum period. Depressive disorders turn out to be a public health problem that has increased in recent decades and even more so due to the context of the pandemic, it is vital to know what factors are involved. **Objectives:** To determine the risk factors associated with postpartum depression in puerperal women treated at the Malvinas Health Post and Imperial Health Center - Cañete during the period September-December 2021. **Methodology:** An observational, analytical, cross-sectional study will be carried out. The study instrument will be the Edinburgh Scale, use of validated questionnaires and patient database. In the population, those who did not meet the inclusion criteria were discarded. **Results:** It was found that 54.11% (n=79) of postpartum women presented postpartum depression. The associated factors for postpartum depression were not having partner support, lack of family support, inadequate breastfeeding (PR=1.36; 95% CI: 0.99-1.85), congenital malformation (PR=1.60; 95% CI: 1.19-2.14), difficulty caring for their baby (PR=1.53; 95% CI: 1.02-2.33). On the other hand, 66.67% (n=26) have presented a neonatal complication (PR=1.35; 95% CI: 1.01-1.82) and 60.94% (n=39) of mothers with postpartum depression had a cesarean delivery (OR=1.25; 95% CI:0.93-1.68). **Conclusions:** The study found that postpartum depression has the most important associated risk factors for having a baby with a congenital malformation, followed by difficulty in caring for the baby, type of cesarean delivery, providing inadequate breastfeeding, and that the baby has some neonatal complication. In addition, the most important protective factor was partner support, followed by family support.

Keywords (DeCs): *Risk Factors, Postpartum Depression*

INDICE

INTRODUCCIÓN	10
CAPÍTULO I:	11
PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN	11
1.1 DESCRIPCIÓN DE LA REALIDAD PROBLEMÁTICA: PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	11
1.2 FORMULACIÓN DEL PROBLEMA	12
1.3 LÍNEA DE INVESTIGACIÓN	12
1.4 JUSTIFICACIÓN DE LA INVESTIGACIÓN	12
1.5 DELIMITACIÓN DEL PROBLEMA	13
1.6 OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN	13
1.6.1 OBJETIVO GENERAL	13
1.6.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS	13
1.7 VIABILIDAD:	13
CAPÍTULO II:	14
MARCO TEÓRICO	14
2.1 ANTECEDENTES DE LA INVESTIGACIÓN	14
2.2 BASES TEÓRICAS	23
2.3 DEFINICIÓN DE CONCEPTOS OPERACIONALES	29
CAPÍTULO III:	31
HIPÓTESIS Y VARIABLES	31
3.1 HIPÓTESIS:	31
3.1.1 HIPÓTESIS GENERAL	31
3.1.2 HIPÓTESIS ESPECÍFICAS	31
3.2 VARIABLES PRINCIPALES DE INVESTIGACIÓN	31
CAPÍTULO IV:	33
METODOLOGÍA	33
4.1 TIPO Y DISEÑO DE INVESTIGACIÓN	33
4.2 POBLACIÓN Y MUESTRA	33
4.3 OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES	35

4.4 TÉCNICAS E INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS	35
4.5 RECOLECCIÓN DE DATOS.....	36
4.6 TÉCNICA DE PROCESAMIENTO Y ANÁLISIS DE DATOS.....	37
4.7 ASPECTOS ÉTICOS	37
4.8. LIMITACIONES	37
CAPÍTULO V:	38
RESULTADOS Y DISCUSIÓN	38
5.1. RESULTADOS.....	38
5.2. DISCUSIÓN DE RESULTADOS.....	48
CAPÍTULO VI: CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.....	51
6.1. CONCLUSIONES	51
6.2. RECOMENDACIONES	51
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	53
ANEXOS	58
ANEXO 1. ACTA DE APROBACIÓN DEL PROYECTO DE TESIS	59
ANEXO 2. CARTA DE COMPROMISO DEL ASESOR DE TESIS	60
ANEXO 3. CARTA DE APROBACIÓN DEL PROYECTO DE TESIS.....	61
ANEXO 4. CARTA DE ACEPTACIÓN DE EJECUCIÓN DE LA TESIS POR EL COMITÉ DE ÉTICA EN INVESTIGACIÓN.....	62
ANEXO 5. ACTA DE APROBACIÓN DEL BORRADOR DE TESIS.....	63
ANEXO 6. REPORTE DE ORIGINALIDAD DEL TURNITIN	64
ANEXO 7. CERTIFICADO DE ASISTENCIA AL CURSO TALLER.....	65
ANEXO 8. MATRIZ DE CONSISTENCIA	67
ANEXO 9. OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES	69
ANEXO 10. FICHA DE RECOLECCIÓN DE DATOS O INSTRUMENTOS UTILIZADOS.....	75
ANEXO 11. BASES DE DATOS (EXCEL, SPSS), O EL LINK A SU BASE DE DATOS SUBIDA EN EL INICIB-URP.	79

LISTA DE TABLAS

TABLA 1. Características sociodemográficas, sociales, obstétricas y psiquiátricas de la muestra las pacientes mujeres.

TABLA 2. Análisis bivariado de las características y factores asociados a la depresión post parto.

TABLA 3. Modelo de regresión de Poisson crudo y ajustado para evaluar la asociación entre los factores de riesgo social y las que presentaron depresión post parto.

TABLA 4. Modelo de regresión de Poisson crudo y ajustado para evaluar la asociación entre los factores obstétricos y las que presentaron depresión post parto.

TABLA 5. Modelo de regresión de Poisson crudo y ajustado para evaluar la asociación entre los factores psiquiátricos y las que presentaron depresión post parto.

INTRODUCCIÓN

La presente investigación se refiere al tema Depresión Posparto que se puede definir como conjunto de síntomas que incluyen cambios en el estado de ánimo, cognitivos, psicomotores y vegetativos que generalmente comienza entre la cuarta y la octava semana después del parto, un período marcado por cambios hormonales y sociales en la organización familiar y la identidad femenina. La depresión posparto es un trastorno mental afectivo grave, que impacta hasta al 56% de las mujeres latinas residentes en México y Estados Unidos en el transcurso de los primeros 4 meses tras el nacimiento de su bebé, es lo que nos indica la OMS.¹

Para analizar esta problemática es necesario mencionar sus causas para esto se debe saber que todas las mujeres son susceptibles a desarrollar depresión postparto, sin embargo aquellas que muestran ciertos causantes se han relacionado con un aumento significativo en la aparición, estos factores de riesgo son los siguientes: sociodemográficos, sociales, psicológicos, ginecoobstetricos.

Esta tesis tiene como objetivo conocer los factores de riesgo asociados a depresión posparto en puérperas obteniendo la base de datos de la encuesta “Escala de Edimburgo y la encuesta realizada por nosotros “Factores de riesgo asociados a depresión posparto“ ambas se emplearon en el Puesto de salud Malvinas y Centro de salud Imperial ubicados en Cañete durante el periodo de Setiembre hasta Diciembre del 2021. En la actualidad vemos que la depresión es tan importante como cualquier otra patología médica y constituye la cuarta causa de discapacidad en el mundo, según la Organización Mundial de la Salud (OMS). El 13% de las mujeres presentan dicha patología lo cual nos indica que es una problemática bastante común pero poco diagnosticada e investigada.²

Nos interesamos en realizar esta investigación debido a que las consecuencias que abarca la depresión posparto llevan a una gran repercusión personal, social y médica, por lo que es necesario instaurar una precisa detección de los factores de riesgo y su relación con dicha patología, por medio del control prenatal junto con un manejo multidisciplinario(psicología, psiquiatría y la psicoterapia). Se puede decretar que el análisis de la relación de esta patología con los factores de riesgo vienen a ser el pilar o la base del control de depresión posparto y sus secuelas.²

CAPÍTULO I:

PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN

1.1 DESCRIPCIÓN DE LA REALIDAD PROBLEMÁTICA: PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

La depresión perinatal es un suceso de depresión mayor que comienza a lo largo del embarazo y el período posparto; y es una causa importante de riesgos para la salud de mujeres y bebés.³ Se relaciona a suicidio y filicidio, y el primero es una de las causales más fundamentales de muerte materna en el período perinatal.¹ Los trastornos depresivos persiste como un problema de salud pública que han aumentado durante las últimas décadas, ya que según la Organización Mundial de la Salud (OMS), cerca de 300 millones de personas en el mundo se han visto afectadas por la depresión, principalmente la población femenina, y aproximadamente del 20 al 40% mujeres desarrollan depresión durante el embarazo y/o en el puerperio en los países en vías de desarrollo.⁴ La depresión posparto es una de las complicaciones del parto más comunes, pero a menudo no reconocidas, es una alteración mental, emocional severa, que perjudica hasta al 56% las mujeres latinas residentes en México y Estados Unidos durante los primeros 4 meses luego del nacimiento de su bebé.^{1,5} En Chile, la prevalencia de depresión a las 8 semanas posparto asciende a 20,5% y de sintomatología depresiva entre los 2 y 3 meses posparto a 41,3%.⁶ En un estudio realizado en Perú se obtuvo una incidencia en un 12.6% la población total encuestada y en Arequipa con un total de 119 casos, 48 (40.34%) presentaron manifestaciones de depresión posparto.^{7,8} Es un importante problema de salud pública reconocido en todo el mundo, no solo por su alta prevalencia y costos asociados a la carga de enfermedad, sino también por la potencial gravedad y trascendencia de sus efectos, entre los que se encuentran desde el trastorno vincular, la negligencia y el mayor riesgo suicida en las madres afectadas.⁹ Existe una gran necesidad de enfoques prospectivos que identifiquen a las mujeres en riesgo de DPP. Este es un campo de investigación en crecimiento que busca predecir qué mujeres están en riesgo de DPP para que la prevención y la detección temprana sean posibles.¹⁰

1.2 FORMULACIÓN DEL PROBLEMA

¿Cuáles son los factores asociados a depresión posparto en puérperas atendidas en el Puesto de salud Malvinas y Centro de salud Imperial - Cañete durante el periodo Setiembre-Diciembre 2021?

1.3 LÍNEA DE INVESTIGACIÓN

El trabajo se encuentra en las prioridades sanitarias “Salud materna, perinatal y neonatal”. Según las “Prioridades Nacionales de Investigación en Salud en Perú 2019 – 2023”

El trabajo se encuentra en la Línea de Investigación de la Universidad Ricardo Palma 2021-2025 “Salud materna, perinatal y neonatal”

1.4 JUSTIFICACIÓN DE LA INVESTIGACIÓN

El propósito de esta investigación es determinar los factores asociados a la depresión posparto en las puérperas atendidas Puesto de salud Malvinas y Centro de salud Imperial - Cañete durante el periodo Septiembre-Diciembre 2021.

En la actualidad vemos que la depresión es tan importante como cualquier otra patología médica y constituye la cuarta causa de discapacidad en el mundo, según la Organización Mundial de la Salud (OMS).² El 13% de las mujeres que manifiestan dicha patología lo cual nos revela que es una cuestión bastante frecuente pero poco diagnosticada e indagada.²

Nos interesamos en realizar esta investigación debido a que los efectos de la depresión posparto llevan a una gran influencia personal, social y médica, por lo que la correcta identificación de los factores de riesgo y su relación con la patología antes mencionada debe determinarse a través del seguimiento prenatal con la ayuda de un manejo multidisciplinario relacionado con la psicología, la psiquiatría y la psicoterapia. Se puede afirmar que la definición de la relación riesgo factores de esta patología es la piedra angular del tratamiento de la depresión posparto y sus consecuencias.²

1. 5 DELIMITACIÓN DEL PROBLEMA

- Se establecen los límites temáticos, espaciales, poblacionales y temporales
- Puérperas con depresión posparto que hayan sido atendidas en el servicio de ginecología en el Puesto de salud Malvinas y Centro de salud Imperial - Cañete durante el periodo Septiembre-Diciembre 2021.

1. 6 OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN

1.6.1 OBJETIVO GENERAL

Determinar cuáles son los factores asociados a depresión posparto en puérperas atendidas en el Puesto de salud Malvinas y Centro de salud Imperial - Cañete durante el periodo Setiembre-Diciembre 2021

1.6.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Determinar los factores sociodemográficos asociados a la Depresión Posparto.
- Determinar los factores gineco obstétricos asociados a la Depresión Posparto.
- Determinar los factores psicológicos asociados a la Depresión Posparto.
- Determinar los factores sociales asociados a la Depresión Posparto

1.7 VIABILIDAD:

- Se solicitará el permiso para la base de datos de las pacientes.
- Se dispone de los recursos económicos para desarrollar el estudio.

CAPÍTULO II:

MARCO TEÓRICO

2. 1 ANTECEDENTES DE LA INVESTIGACIÓN

2.1.1 ANTECEDENTES INTERNACIONALES

Marianna Meléndez, Mardorys Díaz et al. publicó en 2017 en Venezuela, su estudio, "Depresión posparto y factores de riesgo". La muestra estuvo conformada por 592 pacientes hospitalizados. Para la recolección de datos se utilizó la prueba de Edimburgo y la encuesta. Los resultados se presentaron como frecuencias absolutas y la prueba t de Student para determinar la correlación. La incidencia de depresión posparto fue del 34,46% (204 pacientes), 16,89% en adolescentes y 17,57% en adultas. 22,13% de mujeres que dieron a luz múltiples y 12,33% de madres primerizas con depresión. Los factores de riesgo más comunes son el desempleo, las complicaciones del parto, la clase social IV y el embarazo no deseado. De los 204 pacientes, 75 tenían factores de riesgo, pero la correlación no fue estadísticamente significativa: $P = 0,2467 > 0,05$ y $P = 0,4935 > 0,05$.²

Abadiga M. en la investigación "Depresión posparto y calidad de vida: un análisis de ruta "para determinar la Magnitud y factores asociados de la depresión posparto entre mujeres en la ciudad de Nekemte, zona de East Wollega, oeste de Etiopía, 2019. Se realizó un estudio transversal de base comunitaria en 295 mujeres posparto, del 15 de mayo al 5 de junio de 2019, en la ciudad de Nekemte. Los participantes del estudio fueron seleccionados mediante un método de muestreo aleatorio simple y entrevistados mediante cuestionarios estructurados, del total de 295 mujeres muestreadas, 287 participaron en el estudio. De las 287 mujeres que participaron, el 20,9% desarrolló depresión posparto. Embarazo no planificado (AOR = 7,84, IC 95 %: 3,19, 19,26), madre primeriza (AOR = 4,99, IC 95 %: 1,54, 16,09), antecedentes de depresión (AOR = 3,06, IC 95 %: 1,06, 8,82), violencia doméstica (AOR = 5,92, IC 95%: 2,44, 14,40), historial de drogas (AOR = 3,95, IC 95%: 1,52, 10,30), falta de apoyo social (AOR = 6,59, IC 95%: 2,25 , 19,29) se asociaron significativamente con la depresión posparto.¹¹

Mousavi F, Shojaei P, 2021 realizaron un estudio con el objetivo de modelar la relación entre los factores de riesgo de depresión posparto y la calidad de vida en mujeres iraníes. Se incluyeron 306 mujeres como muestra. La edad media, los años de educación, las condiciones de vida y la lactancia materna de los participantes fueron, respectivamente, $29,73 \pm 5,42$, $14,64 \pm 1,96$, $1,09 \pm 0,53$ y $5,61 \pm 2,98$. La prevalencia de depresión posparto fue del 5,6%. Según el análisis de la trayectoria, los arreglos de vida con $\beta = 0,73$ tuvieron el efecto más directo y la ocupación con $\beta = 0,69$ tuvo el efecto más indirecto sobre la depresión posparto. Se concluyó que según el modelo de análisis de trayectoria, la depresión posparto se ve afectada por muchos factores, como la edad, los años de educación, la ocupación, los arreglos de vida y la calidad de vida.¹²

Mogesie N et al. Realizaron un estudio sobre “La asociación de la violencia de pareja íntima con la depresión posparto en mujeres durante su primer mes de parto en los centros de salud de la ciudad de Dessie, 2019.” Se implementó una encuesta transversal en 378 mujeres postnatales en la clínica de salud materno infantil dentro de las 4 semanas posteriores al parto. Se obtuvo que más de un cuarto, 102 (27%) (IC del 95%: 22,5; 31,5) de las participantes tenían depresión posparto. Ser soltero de las variables sociodemográficas (AOR = 4.9, 95% CI 1.27, 16.74), insatisfacción con el género del niño (AOR = 3.1, 95% CI 1.62, 6.69), embarazo no planeado (AOR = 2.5, 95% CI 1.76, 7.23) y depresión durante el embarazo actual (AOR = 3,2, IC del 95%: 2,81, 8,91) de las variables relacionadas con el embarazo y el recién nacido, violencia de pareja íntima; psicológica (AOR = 6.5, 95% CI 1.98, 15.85), violencia sexual y física (AOR = 3.46, 95% CI 2.34, 18.55), alcoholismo del esposo actual (AOR = 2.2, 95% CI 1.48, 5.34) del esposo / pareja .Se encontró que las variables relacionadas y el consumo actual de sustancias (AOR = 1,8; IC del 95%: 1,16; 3,75) tenían una asociación estadísticamente significativa con la depresión posparto.¹³

Atuhaire C et al. 2020 en la investigación” La magnitud de la depresión posparto entre las madres en África: una revisión de la literatura”. El trabajo fue motivado por la necesidad de actualizar la magnitud actual de la DPP en África sobre la base de varias herramientas de evaluación, un total de 21 artículos cumplieron los criterios del estudio 15 artículos utilizaron la EPDS y seis utilizaron otras herramientas de evaluación. Se obtuvo como resultado que la depresión posparto entre los estudios que utilizaron la herramienta EPDS varió del 6,9% en Marruecos al 43% en Uganda y del 6,1% en

Uganda al 44% en Burkina Faso entre los estudios que utilizaron otras herramientas de evaluación de la depresión. Los resultados de sensibilidad y especificidad de la EPDS variaron del 75% al 100% y del 87% al 98%, respectivamente. Se concluye que a pesar de la escasez limitada de literatura, la magnitud de la PPD en África sigue siendo alta, lo que sugiere que la PPD sigue siendo una enfermedad desatendida y requiere intervenciones inmediatas. EPDS es una herramienta eficaz con alta sensibilidad y especificación en diversos contextos de estudio.¹⁴

Shiping Liu et al. 2017 en el estudio "Factores de riesgo para la depresión posparto entre mujeres chinas: análisis de un modelo de trayectoria, 2017". El estudio se basó en una muestra de madres de un estudio transversal realizado 4 semanas después del parto y realizado en tres calles. Enero a diciembre de 2015, condado de Kaifu, Changsha, provincia de Hunan. La escala de depresión posparto de Edimburgo (EPDS) se utilizó para medir la depresión posparto. El análisis univariado mostró que hubo diferencias significativas (todos los valores de P y 0,05) entre el grupo de depresión posparto y el grupo de depresión posparto según la edad materna, la paridad, la exposición repetida a teléfonos móviles durante el embarazo, los trastornos hipertensivos durante el embarazo y el número. de pacientes fetos , parto prematuro, peso al nacer, inicio de la lactancia materna, método de alimentación, enfermedad infantil dentro de las 4 semanas posteriores al nacimiento y peso del niño a las 4 semanas¹⁵.

Drs. Gregorio Evans M et al. 2003 el estudio "Depresión postparto realidad en el sistema público de atención de salud" Chile. Dijo que analizó los resultados usando una prueba de chi-cuadrado para estimar significativamente un $p < 0,05$. Las mujeres entrevistadas tenían entre 16 y 36 años de edad, de las cuales 7 tenían antecedentes médicos importantes, 31 tuvieron cesárea (29,24%) y 24 tuvieron partos prematuros. En cuanto a los antecedentes psiquiátricos, 15 de las mujeres incluidas habían padecido previamente depresión, y 13 de las puérperas admitieron tener un familiar de primer grado con antecedentes de depresión. Con base en sus hábitos, siete admitieron consumir alcohol regularmente antes y durante el embarazo. Ninguna de las mujeres usó o admitió usar drogas ilícitas. De estos, 16 no tenían pareja y 18 tenían pareja pero no estaban casados. En cuanto a las patologías evaluadas, 34 (32,07%) presentaron depresión según los criterios de la CIE-10.¹⁶

Roberth Alirio Ortiz Martínez et al. publicaron un estudio en Colombia en el 2016. “Prevalencia de tamiz positivo para Depresión Postparto en un Hospital de tercer nivel y posibles factores asociados”. Utilizando una muestra de 194 puérperas afectadas por la Gran Depresión de Edimburgo de enero a junio de 2015. Estudio transversal en un hospital de nivel III. Se aplicaron escalas, se utilizaron valores marginales como tamices positivos, y a partir de 10 personas se aplicaron escalas de apoyo social además de la recolección de características sociodemográficas. Estimamos la prevalencia de la duración de la DPP y examinamos los factores asociados con la DPP mediante un análisis bivariado. Con base en bivariado, se generaron tres modelos multivariados diferentes (biológico, psicológico y social) mediante regresión logística. Se concluyó *que la prevalencia de DPP es más alta que la encontrada en países desarrollados, y es similar a la de los latinoamericanos incluyendo Colombia, la pobreza, las minorías étnicas, el pobre apoyo social y el resultado adverso materno y neonatal son los posibles factores asociados.*¹⁷

Wormald Francisca et al. publicaron en Argentina en el 2015 .“Estrés en padres de recién nacidos prematuros de muy bajo peso hospitalizados en unidades de cuidados intensivos neonatales.” . El objetivo de este estudio fue determinar el estrés inicial de padres de recién nacidos de muy bajo peso de nacimiento (RNMBPN) hospitalizados en 12 unidades de cuidados intensivos neonatales en una red neonatal sudamericana, identificar los factores asociados y comparar el nivel de estrés parental en centros públicos vs. privados, participaron del estudio 273 padres / madres de un total de 218 RNMBPN. Se concluyó que el estrés parental fue mayor en las madres y en los centros públicos. Se requiere una mayor sensibilización, investigación e intervención en esta área.¹⁸

2.1.2 ANTECEDENTES NACIONALES

Sosa Ramos, Yeny Soledad et al. publicaron en el 2018 su estudio titulado “ Factores Asociados a la Depresión Posparto en Mujeres Primíparas que acuden al puesto de Salud Salcedo Puno”. Menciona que la depresión posparto se encontró asociada a factores sociodemográficos como 57% de 19 a 34 años, 37% de dependencia económica independiente y 37% de parejas. Para factores obstétricos: El tipo de parto vaginal se encontró que fue 80% y el estado de nacimiento del recién nacido normal 77%. En cuanto a los factores psicológicos: el 60% encontró embarazos no deseados, apoyo

emocional de la familia, el 46% fue afectuoso y el 77% de las parejas aceptaron el embarazo. El Test de Edimburgo encontró que el 51% no estaba deprimida, el 29% estaba en riesgo de depresión y el 20% tenía depresión posparto entre las mujeres primíparas que participaron en el Puesto de Salud Salcedo de Puno 2018.¹⁹

Pilar Aramburú , Rosalyn Arellano et al. publicaron en 2004 en el Perú el “Estudio prevalencia y factores asociados a depresión posparto en mujeres atendidas en establecimientos de salud del primer nivel de atención en Lima Metropolitana”, este estudio se realizó para determinar la prevalencia de depresión posparto así como la situación sociodemográfica y factores ginecológicos y obstétricos relacionados. Se entrevistaron 261 madres con una edad promedio de 27 años. La prevalencia de depresión posparto diagnosticada por el test de Edimburgo fue del 33% y la entrevista semiestructurada DSM IV confirmó una prevalencia del 24,1%. También reveló que el 60,9% tenía factores estresantes, el 8,4% tenía baja autoestima, el 23,8% no notaba apoyo social y el 50% tenía depresión posparto. El resultado fue un 24% de prevalencia de depresión posparto en Lima metropolitana. Los factores ginecológicos y el nivel socioeconómico son factores de riesgo moderado para la depresión posparto.²⁰

M.C. Fernández Franco, Oscar Andres, realizó una tesis sobre la “Frecuencia y factores de riesgo asociados a depresión postparto en pacientes del servicio de obstetricia del hospital base carlos alberto según escobedo de arequipa 2018“ El estudio, que incluyó a 101 personas, encontró una mediana de edad de depresión de $23,53 \pm 4,24$ años. Mayoría: Asiste a la escuela primaria (52,5%), no recibe tratamiento psiquiátrico (99,0%), vive en pareja (57,4%), cuida a bebé de 7 semanas de edad (40,0%), parto espontáneo (68,3%), lactancia materna exclusiva (58,4%) y no tuvieron bebés prematuros (96,4%). Cuando se aplicaron los criterios a una pequeña muestra de 96 mujeres que dieron a luz, se encontró que: la mayoría de las madres tienen riesgo de desarrollar depresión posparto (39,6 %). Se estudió un tercio de las madres con riesgo de depresión que desarrollaron depresión posparto (32,3%), con síntomas correspondientes a la depresión posparto.²¹

Dr. Alianok González-González et al. publicaron en el 2019 su investigación “Factores asociados a depresión posparto”, se realizó un estudio de 139 púerperas fisiológicas la cual se realizó una entrevista estructurada que incluía como instrumento

de pesquisa la Escala de Depresión Postparto de Edimburgo, se consideró que 10 puntos o más suponen la presencia de depresión. Lo que resultó que la depresión postparto tuvo una incidencia alta en la población al asociarse estadísticamente a la edad menor de 20 años, el estado civil soltera, la tenencia de dos hijos, el antecedente de depresión previo al embarazo y el antecedente de violencia. La presencia de la enfermedad tuvo un riesgo de ideación suicida muy elevado.²²

Mamani De Lama, Gresmely Elizabeth, realizó su tesis titulada “Incidencia y Factores de Riesgo Asociados a Depresión Postparto. Centro de Salud Zamacola. Arequipa-2017”, dice que el estudio se realizó en 222 puérperas que asistieron al consultorio de parto externo del Centro de Salud Zamacola de la Secretaría de Salud de febrero a abril de este año. La prevalencia de depresión postparto fue se encontró en 12.6 por ciento del total de la población que respondió a la encuesta. Se observó la prevalencia de depresión postparto en obstetricia y la relación entre factores de riesgo perinatal (paridad, tipo de parto, control prenatal, lactancia materna exclusiva) y factores psicológicos (deseo de la madre concebir).⁸

Loyola Ramirez, Katherine Lisseth, publicó en el 2020 en el Perú, su tesis titulada “Lactancia materna exclusiva como factor asociado a depresión postparto” Se realizó para evaluar si la lactancia materna exclusiva es un factor asociado a la depresión postparto. Se realizó un estudio transversal analítico con 144 puérperas que cumplieron con los criterios de selección y se dividieron en dos grupos: lactancia materna exclusiva y sin ella, de enero a marzo de 2018 en el Hospital Víctor Lazarte Echegaray. Encontraron que las mujeres amamantadas exclusivamente tenían 0,347 veces menos probabilidades de desarrollar depresión postparto en comparación con aquellas que no amamantaron exclusivamente (IC95% 0,168-0,719; p 0,05).²³

Manrique Sila, Fátima Zhenia, publicó su tesis titulada “Frecuencia y factores de riesgo asociados a la depresión postparto en pacientes atendidas en el Hospital Regional PNP Julio Pinto Manrique Arequipa, Octubre –diciembre 2016”, Las mujeres que dieron a luz durante 2016 fueron tamizadas mediante la escala de Edimburgo para aquellas que cumplieron con los criterios de selección. Las variables se compararon mediante la prueba de chi-cuadrado, resultando un total de 119 casos, de los cuales 48 (40,34%) presentaron síntomas de depresión postparto. En el Hospital Julio Pinto

Manrique se observó una alta incidencia de depresión posparto, la cual estuvo significativamente influenciada por factores socioculturales. como la violencia doméstica, el apoyo familiar y la comunicación con la pareja.⁷

Neyra Diaz, Adela del Pilar; Palomino Bonifacio, Evelyn Nathaly, realizaron su tesis “Factores de riesgo para la depresión posparto en madres adolescentes atendidas en el hospital María Auxiliadora, 2017.” Se realizó para identificar factores de riesgo de depresión posparto en madres adolescentes atendidas en el Hospital María Auxiliadora en el año 2017. La población de estudio estuvo constituida por 1221 madres adolescentes, se consideró una muestra de 292 madres, y los factores sociodemográficos para la depresión posparto fueron la edad, el estado civil y la ocupación. Los factores obstétricos para la depresión posparto fueron antecedentes de aborto espontáneo, antecedentes de muerte perinatal, número de controles prenatales, enfermedad durante el embarazo, hospitalización durante el embarazo y complicaciones con el bebé. Factores sociales de la depresión posparto: empleo de las pacientes y desempleo de las parejas.²⁴

Pisconte León, Frank Antonio, publicó su tesis en el 2016 “Violencia familiar como factor de riesgo de depresión postparto en puérperas del hospital distrital Santa Isabel de el Porvenir” en la que evaluó a 132 personas. las mujeres que dieron a luz fueron divididas en dos grupos: 33 mujeres con depresión posparto y 99 mujeres sin depresión posparto, resultando una prevalencia de violencia doméstica de 48,5% entre las mujeres con depresión posparto y entre las mujeres que dieron a luz sin depresión posparto 18.2% diferencias significativas entre ambas frecuencias ($p < 0.05$). Se encontró que la violencia intrafamiliar se asoció con la depresión posparto, $OR=3.7$ e $IC\ 95-1.7-7.9$, lo que interpreta que la violencia intrafamiliar aumenta tres veces la probabilidad de depresión posparto en comparación con las puérperas que no la sufrieron violencia doméstica.²⁵

Reaño Pantigozo, José Luis, realizó su tesis “Factores asociados a depresión postparto en madres adolescentes atendidas en el Hospital Regional del Cusco 2020”, Los factores de riesgo significativamente asociados con el desarrollo de depresión posparto incluyen: adolescencia media ($p=0.0001$, $OR=7.39$); educación primaria ($p=0,0055$, $OR=3,14$), ser estudiante ($p=0,0304$, $OR=2,15$), soltera ($p=0,0046$, $OR=1,29$), embarazo de alto

riesgo ($p=0,0002$, $OR=5,41$); Cesárea ($p=0,0003$, $OR=3,62$); manejo inadecuado del embarazo ($p=0,0178$, $OR=2,45$); hospitalización neonatal ($p=0,0014$ y $OR=4,94$); insatisfacción conyugal ($p=0,0$, $OR=6,24$) autoevaluación negativa ($p=0,0000$ y $OR=7,89$), embarazo no deseado ($p=0,0426$, $OR=2,5$), depresión prenatal ($p=0,0000$, $OR=43,94$), apoyo inadecuado de la pareja ($p=0,00$, $OR=32,01$); desempleo ($p=0,0012$, $OR=3,17$), por lo tanto, el principal factor de riesgo para desarrollar depresión posparto en las madres adolescentes atendidas en el Hospital Regional Cusco fue la depresión previa al parto, el inadecuado apoyo de la pareja y la autoevaluación negativa.²⁶

Silvera Bendejú, Miluska, publicó su tesis en el 2019 “Factores de riesgo de depresión postparto en puérperas del hospital de baja complejidad vitarte octubre – diciembre 2018 tuvo como objetivo determinar cuáles son los factores de riesgo de depresión postparto en puérperas del servicio de ginecología y obstetricia del Hospital de baja complejidad Vitarte Octubre – diciembre 2018.” Correspondió a un estudio observacional descriptivo, transversal, en el que se extrajo una muestra de 292 puérperas y se aplicó y encuestó la Escala de Depresión Posparto de Edimburgo. La identificación de factores de riesgo fueron validados por opinión de expertos. Usamos SPSS 24.0 y Excel 10.0 para procesar, agregar y crear datos de conteo. En este estudio de mujeres encuestadas durante el parto, el 32,87% presentó depresión posparto, en los factores sociodemográficos: ama de casa (62,5%), sin apoyo emocional de la pareja (54,2%), convivientes (52,1%) y factores obstétricos-perinatales: parto abdominal (cesárea) 68,8%, mujeres primíparas (67,7%). Se concluyó que los principales factores de riesgo para depresión posparto fueron ser conviviente, ama de casa, cesareada y presentar estudios secundarios.²⁷

Acosta Puicon, Jasmin, publicó su tesis “Factores de riesgo asociados a depresión postparto en puérperas atendidas en el Hospital Regional II-2 de Tumbes”. Se ha realizado un estudio analítico, observacional, retrospectivo, de casos y controles. La población de estudio estuvo constituida por 80 puérperas según criterios de inclusión y exclusión establecidos, divididas en dos grupos con y sin depresión posparto. El análisis estadístico de las variables examinadas como factores de riesgo fue nivel socioeconómico bajo ($OR: 2,78$; $p<0,05$), multiparidad($OR: 3,76$; $p<0,05$), complicaciones obstétricas($OR: 3,85$; $p<0,05$), grado de instrucción primaria ($OR: 4,11$;

$p < 0.05$), estado civil no unida (OR: 3.05; $p > 0.05$). Finalmente, los factores de riesgo asociados a depresión posparto en puérperas atendidas en el Hospital Regional Tumbes II-2 fueron nivel socioeconómico bajo, parto múltiple, complicaciones obstétricas, educación primaria y estado civil(soltera)..²⁸

Denegri Salas, Maily Fernanda, publicó su tesis “Factores Asociados a Depresión Postparto en Puérperas Atendidas en el Hospital Regional Honorio Delgado Espinoza, Arequipa, Febrero– Marzo 2018”, El objetivo de este estudio fue identificar los factores asociados a la depresión posparto en puérperas atendidas en el Hospital Regional Honorio Delgado Espinoza. Se realizó un estudio observacional, prospectivo en un diseño no experimental que involucró una muestra no probabilística e intencional de 119 puérperas evaluadas mediante la Escala de Depresión Posparto de Edimburgo y el Test de Personalidad Eisenck Did en febrero y marzo de 2018. Se realizó un estudio. Entre los factores maternos, fetales y de enfermería en puérperas atendidas en el Hospital Regional Honorio Delgado Espinoza, se encontró que el temperamento depresivo alto y el temperamento altamente colérico influyen significativamente en la depresión además de la graduación de la escuela secundaria. La población de estudio presentó una alta prevalencia de depresión posparto, que incluía los factores maternos más predisponentes. Su temperamento muy melancólico, altamente colérico y su nivel de educación solo hasta la escuela secundaria.²⁹

Valdivia Sanchez, Mac, publicó su tesis titulada “Factores asociados a la depresión post parto en puérperas atendidas en el Hospital Iquitos 2020 “, en el que se realizó un estudio observacional, analítico y longitudinal con 250 pacientes utilizando una ficha de recogida de datos y la Escala de Depresión Posparto de Edimburgo. Los factores de riesgo se determinaron mediante la estadística chi-cuadrado (X^2) y el riesgo relativo se determinó mediante la significancia estadística ($p < 0.05$). Encontramos que el 39 % de las pacientes desarrollaron depresión posparto después de 24 horas y el 42 % de las pacientes desarrollaron depresión posparto después de 7 días. Se han identificado los siguientes factores de riesgo obstétricos: Más de 2 embarazos, antecedentes de aborto, número inadecuado de pruebas prenatales. Los factores de riesgo psicológico :identificados fueron dificultad para concentrarse, no planificar un embarazo y falta de apoyo emocional de la pareja. Los factores de riesgo social identificados fueron: menor de 18 años o mayor de 35 años, educación primaria solamente, sin empleo, sin apoyo

económico de la pareja, sin apoyo económico de la familia, depresión posparto y muestra relevancia estadísticamente significativa ($p < 0,05$).³⁰

María Alejandra Masías Salinas, Walter L. Arias Gallegos, realizaron un estudio en el 2018. “Determinar la prevalencia de la depresión posparto en mujeres puérperas de la ciudad de Arequipa”. Se evaluaron 113 madres que asistieron a controles posnatales en un centro de salud de la ciudad. Se utilizó la Escala de Depresión Posparto de Edimburgo, previo consentimiento informado. Los resultados muestran que aproximadamente el 41 % de las madres no corren riesgo de depresión posparto, el 14 % corren riesgo y el 45 % tienen síntomas de depresión posparto. De igual manera, se encontró que el nivel educativo se asoció negativamente con el grado de depresión posparto, pero no hubo diferencias significativas asociadas con el tipo de parto o el estado civil materno.³¹

Kelly Macedo-Poma et al, publicaron en Perú en 2019. “Factores asociados a síntomas depresivos en madres con hijos hospitalizados en unidades de pediatría y neonatología en Perú”. Se incluyeron historias clínicas de madres cuyos hijos estuvieron hospitalizados en unidades de pediatría/neonatología durante el año 2017. Los casos se definieron como pacientes que “tenían síntomas de depresión posparto”. Se evaluaron 61 historias clínicas de madres con depresión posparto (casos) y 61 historias clínicas de madres sin depresión posparto (control). En el análisis multivariado, las madres desempleadas tenían mayor probabilidad de depresión posparto ($p < 0,001$), así como las madres solteras ($p < 0,001$) y aquellas con embarazo no planificado ($p = 0,003$). Por el contrario, las madres que reportaron tener serios problemas con su pareja tenían menor probabilidad de depresión posparto ($p = 0,003$). Se encontraron diferentes factores relacionados con la depresión posparto: situación conyugal, relación con sus parejas, condiciones de trabajo y tener un embarazo no planificado.³²

2. 2 BASES TEÓRICAS

Hay muchas transiciones en la vida de una mujer, incluyendo el embarazo, el parto y el puerperio, tres situaciones difíciles con gran vulnerabilidad emocional y psicológica. Después del parto se desata una mezcla de emociones fuertes.¹⁰

Es muy común que las nuevas madres experimenten la tristeza posparto después del nacimiento de su bebé, que puede incluir cambios de humor, llanto, ansiedad y dificultad para dormir. La melancolía posparto generalmente comienza dentro de los primeros dos o tres días después del parto y puede durar hasta dos semanas.³³

Pero algunas nuevas madres experimentan una depresión más severa y duradera llamada depresión posparto. En raras ocasiones, un trastorno del estado de ánimo extremo llamado psicosis posparto también puede ocurrir después del parto³³

En los últimos años, la depresión es la enfermedad psiquiátrica más común durante el embarazo y después del parto. Los trastornos depresivos siguen siendo un problema de salud pública que se ha incrementado en las últimas décadas, y en el contexto de la pandemia es muy importante conocer qué factores influyen en ellos.

La depresión es tan importante como cualquier otra patología médica y según la Organización Mundial de la Salud (OMS) es la cuarta causa de discapacidad en el mundo. La depresión afecta a unos 121 millones de personas y provoca al menos 850.000 muertes cada año, principalmente suicidios. Según la OMS, las mujeres tienen más probabilidades (20-25%) que los hombres (7-12%) de tener un episodio depresivo a lo largo de su vida. Por lo tanto, considerando sus posibles efectos sobre el bienestar de la madre y el niño, hacerlo bien debería ser una prioridad de salud pública.

La depresión posparto (PPD)

El Colegio Americano de Obstetricia y Ginecología (ACOG) la define como depresión perinatal con episodios depresivos leves o severos durante el embarazo o dentro de los 12 meses posteriores al parto. “Del mismo modo, la 10ª edición de la Clasificación Internacional de Enfermedades de la OMS (CIE-10) considera las primeras 6 semanas de vida”.³⁴

Se refiere a una variedad de síntomas, que incluyen cambios en el estado de ánimo, cognitivos, psicomotores y vegetativos. La depresión posparto generalmente comienza entre las 4 y 8 semanas posparto. Este período se caracteriza por cambios hormonales y sociales en la estructura familiar y la identidad femenina.³⁵

Epidemiología y etiología

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), la depresión es tan importante como otras patologías médicas y es la cuarta causa de discapacidad en todo el mundo, afectando aproximadamente a 121 millones de personas, responsable de al menos 850.000 muertes anuales, principalmente suicidios. La OMS afirma que las mujeres tienen más probabilidades (20-25%) de desarrollar un episodio depresivo a lo largo de su vida que los hombres (7-12%).²

La causa específica de la depresión posparto aún se desconoce, pero se asocia con cambios fisiológicos y sociales que ocurren después del parto, como cambios físicos y laborales, exceso de responsabilidad, insomnio y miedo a criar un hijo. Los cambios característicos experimentados por las madres durante el puerperio conducen a plantear teorías.²⁴

Factores de riesgo

No se conocen desencadenantes específicos de los trastornos del estado de ánimo posparto. Sin embargo, se ha informado que varios factores están asociados con su aparición, como antecedentes psiquiátricos previos (depresión familiar o episodios previos de depresión); factores psicológicos (relación de pareja e imagen de madre ideal); factores psicosociales (apoyo percibido en el trabajo doméstico y cambio de domicilio); factores sociodemográficos (edad, estado civil, nivel de estudios) y finalmente factores de morbilidad (presencia simultánea de enfermedades crónicas de la madre, presencia de alguna anomalía o enfermedad en el recién nacido y complicaciones médicas relacionadas con el embarazo).³⁶

Factores psicológicos. Según los resultados de la investigación realizada por Vargas y García, la sobrecarga vivida en el cuidado del niño y el sentimiento del cuerpo después del parto son requisitos previos importantes. Otros factores incluyen trastornos emocionales graves antes del embarazo, que son raros pero pueden aumentar la probabilidad de una mala supervivencia del embarazo.³⁶

Factores sociodemográficos. Un estudio de Segre, O'Hara, Arndt y Stuart encontró que la prevalencia de DPP estaba relacionada con los ingresos económicos, el estado civil y el número de hijos.³⁶

Factores Anamnésicos. Describimos a puérperas con antecedentes de trastornos depresivos, trastornos del estado de ánimo en la familia, amenaza de aborto, incapacidad para amamantar o interrupción prematura de la lactancia. También se asocia con abortos espontáneos recurrentes, un evento traumático que afecta negativamente la percepción de las mujeres sobre futuros eventos reproductivos y se convierte en un factor de riesgo para PPD. Además, cada nuevo embarazo está lleno de emociones (por ejemplo, miedo, ansiedad) que conducen a la depresión perinatal si no se tratan a tiempo. Otro factor relacionado es el abuso de drogas durante el embarazo. De igual forma, varios estudios han enfatizado la relación entre la presencia de síntomas depresivos en mujeres embarazadas y su impacto en la calidad de vida durante el embarazo. En un estudio que evaluó los síntomas psiquiátricos en mujeres con un embarazo no deseado en comparación con mujeres con un embarazo planeado, las mujeres con un embarazo no planeado obtuvieron puntajes más altos en la escala DPP. El número de nacimientos también fue mencionado como un factor asociado a la DPP. Varios estudios han concluido que el nacimiento de un primer hijo es un factor estresante significativo y está más fuertemente asociado con la depresión que los nacimientos posteriores.³⁶

Factores familiares. La calidad de la relación con el padre del último hijo durante el embarazo es un factor que influye significativamente en la DPP. Los estudios muestran que los síntomas depresivos elevados están significativamente relacionados con el conflicto familiar, la baja educación materna, la raza y/o el origen étnico materno, salud física materna y crianza.³⁶

Clasificación:

Durante el puerperio existen tres condiciones clínicas psiquiátricas que afectan el estado de ánimo. Depresión temprana conocida como “Maternity Blue” o tristeza posparto. 10-15% mujeres desarrollan un estado depresivo que dura más de 2 semanas, caracterizado

por cambios de humor diarios con llanto, fatiga, tristeza, trastornos del sueño y alteraciones del estado de ánimo, solo 0,1-0,2 desarrollan psicosis posparto, responden a un trastorno severa que causa psicosis.⁴

Depresión posparto leve o “Maternity Blues”:

Se considera el trastorno afectivo más común en el puerperio. Tiene una prevalencia del 30-75% en mujeres, comienza 3-4 días después del posparto y dura de horas a días pero dentro de las 2 semanas. Los síntomas son leves e incluyen cambios de humor, llanto, irritabilidad y dificultad para dormir o comer. El trastorno es autolimitado y no requiere tratamiento. Sin embargo, el diagnóstico es importante, debido al mayor riesgo de desarrollar DPP, hasta 20% mujeres desarrollan psicosis durante el primer año de vida.³⁷

Depresión Posparto:

Esta es la complicación posparto más común y afecta aproximadamente al 10-15%. La prevalencia es mayor en madres adolescentes que parecen tener 26 años. La condición comienza entre las 4 semanas y los 6 meses posparto y dura de semanas a meses. En la clínica de depresión posparto, los síntomas incluyen llanto, cambios de humor, sentimientos de culpa, pérdida de apetito y sueño, falta de concentración y memoria, fatiga e irritabilidad. El diagnóstico requiere cumplir con los criterios para el trastorno depresivo mayor del DSM IV, los cuales son síntomas que duren al menos 2 semanas y deterioro materno. Los síntomas de la depresión posparto son similares a los de la depresión fuera de este período, pero con mayor agitación y culpa, y con mayores implicaciones clínicas para el niño y su desarrollo, la madre y la familia en general.³⁷

Las mujeres con depresión posparto son un grupo muy diverso, ya que pueden presentarse como madres con distimia crónica, depresión prenatal no diagnosticada y depresión bipolar. El diagnóstico es un desafío importante porque muchos de los síntomas se confunden con los cambios posparto normales o las consecuencias del embarazo y pasan desapercibidos sin información sobre el tratamiento. Muchos de los síntomas se deben a cambios en el sueño.³⁷

Psicosis Posparto:

La incidencia de la psicosis posparto es solo del 0,1-0,2%. Sin embargo, sus síntomas son dramáticos y representan una emergencia psiquiátrica. Después de un período de latencia asintomática, 2 a 3 días después del parto, se presentan varias características clínicas que se asemejan al delirio (con alteración de la conciencia) en varios momentos del día. y confusión), manía (hiperactividad, agitación y apresuramiento del hablar), depresión o esquizofrenia (preocupaciones religiosas, alucinaciones y delirios paranoides). Común entre las mujeres primíparas. Sin embargo, una madre con psicosis posparto, es más probable que recaiga después del próximo parto, hasta un 90% en algunos estudios. El trastorno esquizoafectivo y la esquizofrenia representan solo el 10-16%. La mayoría requiere atención médica y hospitalización.^{37,38}

Escala de depresión posnatal de Edimburgo (EPDS)

Es la herramienta de cribado más utilizada a nivel mundial durante el puerperio y también durante el embarazo. Es un estudio autoadministrado desarrollado por Cox et al y colaboradores en 1987. Está especialmente diseñado para detectar síntomas depresivos en mujeres embarazadas y que han dado a luz recientemente. Consta de 10 preguntas de opción múltiple, cada una con 4 opciones, calificadas de 0 a 3 según la gravedad de los síntomas.³⁹

Se considera una herramienta fiable para la detección precoz del trastorno depresivo. Ha sido traducida a más de diez idiomas y confirmada en países de diferentes culturas e idiomas, incluido el Perú. Se ha demostrado que la escala de Edimburgo tiene una especificidad del 99% y una sensibilidad del 78%. Mazzotti validó la prueba mencionada en 2002 (Perú) S = 84,2% y E = 79,5% con una puntuación de 13,5. Esto se puede hacer inmediatamente después del nacimiento para mejorar la efectividad del diagnóstico temprano. Varios estudios han demostrado que la prevalencia de este problema es mayor, no porque haya aumentado, sino porque se diagnostica a tiempo.³⁶

Tratamiento:

Las estrategias de tratamiento que funcionan mejor incluyen vienen a ser la educación, tratamiento de salud mental, remisión a grupos de autoayuda y asesoramiento sobre

relaciones. La terapia entre dos o más personas y los enfoques de terapia cognitiva son efectivos en el tratamiento de la depresión posparto.²⁴

2. 3 DEFINICIÓN DE CONCEPTOS OPERACIONALES

Depresión posparto: Generalmente ocurre en las cuatro semanas posterior al parto. El grado de depresión oscila desde una depresión transitoria leve hasta trastornos depresivos psicóticos (Adaptación del original: DSM-IV, p 386).⁴⁰

Edad: Este es el tiempo que ha pasado una persona desde que nació hasta ahora.³⁶

Grado de instrucción: Es el grado más elevado de estudios realizados.⁴¹

Ocupación: La condición de ser contratado en una actividad o servicio por un salario o pago.

Procedencia: Origen de algo o el principio de donde nace o deriva.⁴²

Estado civil: Parámetro demográfico que indica el estatus de una persona respecto al matrimonio, divorcio, viudez, soltería, etc.⁴⁰

Control prenatal: Número de controles que la gestante realiza en un Centro de Salud para el desarrollo adecuado del producto.

Lactancia materna inadecuada: La lactancia materna es el proceso por el cual una madre alimenta a su bebé recién nacido a través de los senos, los cuales inmediatamente segregan leche.⁴³

Paridad: es el número de partos, tanto antes como después de las 20 semanas de gestación.⁴⁴

Antecedente de aborto: Pérdidas obstétricas que la encuestada presenta antes del producto actual.

Antecedente de muerte perinatal: Es la muerte que ocurre en el periodo comprendido a partir de las 22 semanas completas (154 días) de gestación o con 500 gramos o más de peso fetal, hasta los siete días después del nacimiento.

Psicoprofilaxis: Herramienta de prevención en la atención obstétrica, tiene un impacto positivo en la salud materna y perinatal.⁴⁵

Enfermedades durante el embarazo: comorbilidades de la paciente durante el embarazo.

Tipo de parto: El parto es el mecanismo por el cual el feto es expulsado del útero después del desarrollo de un nuevo ser.³⁶

Complicaciones durante el parto: Problemas de salud que se dan durante el período de gestación.

Complicaciones neonatales : Toda alteración médica que presenta el feto o neonato nacido de una madre desde las 28 semanas hasta el 7º día de vida.

Periodo intergenésico: Aquel que se encuentra entre la fecha del último evento obstétrico y el inicio del siguiente embarazo.⁴⁶

Malformaciones congénitas: Las malformaciones congénitas son defectos o anomalías que se encuentran en el cuerpo del feto y que se desarrollan durante el embarazo.⁴⁷

Enfermedades psiquiátricas previas: Una amplia variedad de afecciones que afectan el estado de ánimo, el pensamiento y el comportamiento que ha acontecido en el pasado.⁴⁸

Antecedentes familiares de trastornos mentales: Diagnóstico de trastornos mentales previos realizado en uno de sus familiares.

Aceptación familiar durante el embarazo: Si la encuestada ha tenido aceptación familiar durante todo su embarazo.

Presencia de estrés: Cuando la persona identifica una situación o un encuentro como amenazante, cuya magnitud excede sus propios recursos de afrontamiento, lo cual pone en peligro su bienestar.

Dificultades para cuidar a su bebé: Problemas para un adecuado cuidado del recién nacido.

Dificultad para concentrarse: Un trastorno en la capacidad de atención que impide la realización de las tareas más cotidianas.⁴⁹

Embarazo no planificado: También llamado embarazo no deseado se produce cuando la mujer queda embarazada sin desearlo o sin una planificación previa.⁵⁰

Apoyo por parte de la pareja: Se refiere a la ayuda social brindado por la pareja quien abarca tanto el apoyo emocional como el apoyo físico con la finalidad de conseguir y/o satisfacer lo que necesita la otra parte para su desarrollo y estabilidad.

Violencia doméstica: La violencia doméstica es un patrón de conducta coercitivo y controlador que puede incluir el maltrato emocional, el maltrato psicológico, el maltrato físico, el abuso sexual, y/o el abuso financiero, durante su gestación.⁵¹

Consumo de sustancias nocivas: Cualquier sustancia que produce efectos nocivos cuando penetra en el organismo.

Apoyo por parte de sus familiares: El paciente se siente apoyado por su familia.

Apoyo económico de la pareja: Apoyo económico de la pareja.

CAPÍTULO III:

HIPÓTESIS Y VARIABLES

3. 1 HIPÓTESIS:

3.1.1 HIPÓTESIS GENERAL

Los factores de estudio están asociados a depresión posparto en puérperas atendidas en el Puesto de salud Malvinas y Centro de salud Imperial - Cañete en el periodo Setiembre-Diciembre 2021.

3.1.2 HIPÓTESIS ESPECÍFICAS

- Los factores sociodemográficos están asociados a la depresión posparto.
- Los factores gineco obstétricos están asociados a la depresión Posparto.
- Los factores psicológicos están asociados a la depresión posparto.
- Los factores sociales están asociados a la depresión Posparto.

3. 2 VARIABLES PRINCIPALES DE INVESTIGACIÓN

a. Variable dependiente: depresión posparto

b. Variables independientes

- **Factores de riesgo sociodemográficos:** Edad, grado de instrucción, Ocupación , procedencia, estado civil.

- **Factores de riesgo gineco obstétricos:** control prenatal, lactancia materna inadecuada, paridad, antecedente de aborto, antecedente de muerte perinatal ,psicoprofilaxis, enfermedades durante el embarazo, tipo de parto, complicaciones durante el parto, complicaciones perinatales, período intergenésico , malformaciones congénitas.
- **Factores de riesgo psicológicos:** enfermedades psiquiátricas previas, antecedentes familiares de trastornos mentales, aceptación familiar durante el embarazo, evento de estrés, dificultades para cuidar a su bebé, dificultad para concentrarse.
- **Factores de riesgo sociales:** Embarazo no planificado, apoyo por parte de la pareja , violencia doméstica , consumo de sustancias nocivas, apoyo por parte de sus familiares, apoyo económico de la pareja.

CAPÍTULO IV:

METODOLOGÍA

4. 1 TIPO Y DISEÑO DE INVESTIGACIÓN

El presente trabajo es un estudio observacional ,analítico ,corte transversal

- **Observacional** porque no presentó intervención o no se manipularon variables.
- **Analítico** porque busca establecer una relación causa efecto entre dos variables.
- **Transversal** porque la evaluación será un momento específico y determinado de tiempo.⁵⁴

4. 2 POBLACIÓN Y MUESTRA

4. 2. 1 POBLACIÓN

Pacientes puérperas atendidas en el Puesto de Salud Malvinas y Centro de Salud Imperial-Cañete que cumplan con los criterios de inclusión y no tengan criterios de exclusión durante el periodo de septiembre-diciembre 2021.

4. 2. 2 MUESTRA

TAMAÑO MUESTRAL:

Para el cálculo del tamaño muestral se emplea la calculadora de muestra Sample Size_INICIB del 2019, donde se hará el cálculo en relación al diseño de estudio analítico transversal . Como frecuencia con el factor de un 37% y sin el factor de 15%, un poder estadístico de 80%, un nivel de confianza del 95%.

La muestra fue conformada por un grupo de 146 puérperas atendidas en el Puesto de Salud Malvinas y Centro de Salud Imperial-Cañete durante el periodo de septiembre a diciembre del 2021. (Rodriguez Tapia, Diego David).⁵⁵

Diseño Transversal Analítico

FRECUENCIA CON EL FACTOR	0.37
FRECUENCIA SIN EL FACTOR	0.15
NIVEL DE CONFIANZA	0.95
PODER ESTADÍSTICO	0.80
TAMAÑO DE MUESTRA SIN CORRECCIÓN	62
TAMAÑO DE MUESTRA CON CORRECCIÓN DE YATES	71
TAMAÑO MUESTRA EXPUESTOS	71
TAMAÑO DE MUESTRA NO EXPUESTOS	71
TAMAÑO MUESTRA TOTAL	142

Fuente: Camacho-Sandoval J., "Tamaño de Muestra en Estudios Clínicos", Acta Médica Costarricense (AMC), Vol. 50 (1), 2008

TIPO DE MUESTREO:

Se realizará un muestreo no probabilístico consecutivo.

4. 2. 3 CRITERIOS DE SELECCIÓN DE MUESTRA

a. Criterios de inclusión

- Puérperas de todas las edades que reciben seguimiento en el Puesto de Salud Malvinas y Centro de Salud Imperial
- Puérpera que acepte participar en el estudio.
- Puérperas que estén dispuestas a realizar la escala de Edimburgo y cuenten con datos completos y disponibles.

b. Criterios de exclusión

- Puérperas que cursen con un cuadro depresivo desde el embarazo.
- Puérperas que no deseen participar en el estudio.

4. 3 OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES

Las variables utilizadas en esta tesis están organizadas y descritas un cuadro que se encuentra en el anexo N°09, donde encontramos los factores que agrupan las variables, el nombre de las variables, sus respectivas definiciones conceptuales y operacionales; el tipo de variable, la relación y naturaleza de la variable: la escala de medición y por último la categoría.

4. 4 TÉCNICAS E INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS

Se está utilizando la Escala de Depresión Posparto de Edimburgo (EPDS) (ANEXO N°10), un cuestionario sobre factores de riesgo para la depresión posparto y una base de datos de mujeres posparto que reciben atención y seguimiento en el Puesto de Salud Malvinas y Centro de Salud Imperial - Cañete Lima en septiembre - diciembre 2021 del servicio de obstetricia que cumplieron con los criterios establecidos.

La técnica utilizada en este estudio fue una encuesta.

En este estudio se utilizaron los siguientes instrumentos:

- Cuestionario de depresión posparto de Edimburgo
- Un cuestionario sobre factores de riesgo para la depresión posparto elaborado por las investigadoras y validado por juicio de expertos.
- Base de datos los centros de atención de las puerperas

INSTRUMENTO 1: CUESTIONARIO DE EDIMBURGO PARA DEPRESIÓN POSPARTO

Esta prueba consta de 10 preguntas, cada una con cuatro opciones de respuesta, ; las alternativas valen de 0 a 3 puntos dependiendo de la gravedad de los síntomas, por lo que al final de la prueba las puntuaciones varían entre 0 y 30 puntos. La escala mide la intensidad de los síntomas depresivos; 5 de estas preguntas están relacionadas con la disforia, 2 con la ansiedad, 1 con la culpa, 1 con los pensamientos suicidas y 1 con la dificultad para concentrarse.

Según los resultados, las mujeres que dieron a luz se dividieron en tres grupos:

EPDS por debajo de 10: sin riesgo de depresión posparto

EPDS 10–12: Límite de riesgo de depresión

EPDS mayor o igual a 13: puntuación del indicador de depresión probable.

La Escala de Depresión Postparto de Edimburgo (EPDS) ha sido validada en varios estudios en nuestro país. Mazzotti, G. et al (Perú, 2002) validaron la prueba de Edimburgo en 321 parturientas atendidas en el Hospital Nacional José Cayetano Heredia. El punto de corte óptimo de la EPDS para la población del estudio fue 13,5; Con este valor se obtuvo una sensibilidad del 84,21% y una especificidad del 79,47% para el diagnóstico de depresión severa..⁵²

INSTRUMENTO 2: CUESTIONARIO SOBRE FACTORES DE RIESGO

El cual corresponde a la ficha de recolección de datos que fue elaborada por las investigadoras que proporcionó datos correspondientes a los factores o características de riesgo para el desarrollo de depresión en las puérperas atendidas en el Puesto Salud Malvinas y Centro de Salud Imperial -Cañete Lima.

INSTRUMENTO 3: BASE DE DATOS DE LOS CENTROS DE SERVICIO

Donde se utilizó para la recolección de los siguientes datos de las variables de estudio (edad, procedencia, tipo de parto, paridad, antecedente de aborto, complicaciones durante el embarazo, periodo intergenesico).

4. 5 RECOLECCIÓN DE DATOS

El procedimiento de recolección de datos se dio mediante el llenado de las encuestas y llamadas telefónicas, previamente consultado la base de datos y con autorización de las obstetras a cargo de dichos puesto de salud, se tomaron en cuenta las puérperas atendidas en el periodo Setiembre - Diciembre del 2021. El llenado de las encuestas posteriormente fueron procesadas a una base de datos en excel.

4. 6 TÉCNICA DE PROCESAMIENTO Y ANÁLISIS DE DATOS

La información se recolectó en una base de datos construida explícitamente para esta investigación en el programa STATA v17.0 y se realizó el análisis de los datos mediante las funciones de análisis descriptivo y cuadros de frecuencia. Se generó una base de datos en Excel en la cual todos fueron transcritos de la ficha de recolección, el análisis estadístico se hará con el programa STATA y se hallarán los RP con sus respectivos intervalos de confianza al 95%; así también, se representarán los resultados en tablas y figuras apropiados para su adecuada interpretación.

En el análisis bivariado ,se realizó la prueba de chi-cuadrado independencia para las variables categóricas.

Realizamos un modelo lineal generalizado multivariado de la familia de Gaussiana(crudo y ajustado) con varianza robusta.

4. 7 ASPECTOS ÉTICOS

Se siguieron lineamientos internacionales para el correcto uso de la información y la investigación.

Todos las participantes fueron informadas sobre: el propósito del estudio, la participación voluntaria, el almacenamiento de datos y la confidencialidad. Para proteger la privacidad de los participantes, se aseguró el anonimato de las encuestas y el consentimiento dentro de los criterios de inclusión y exclusión. También se solicitó el permiso de las autoridades pertinentes y de cada participante mediante el llenado virtual del consentimiento informado (Anexo 10). Realizado esto, se distribuyó el estudio a la población en general, el cual fue aprobado por el Comité de Ética de la Universidad Ricardo Palma.

4.8. LIMITACIONES

- El tiempo de la toma de encuestas fue mayor a lo esperado debido a que se llamó para poder coordinar un horario donde las puérperas se encontrarán disponibles y puedan responder adecuadamente.

- En la base de datos brindada por el centro de salud no estaba registrado el número de control de puerperio de algunas pacientes.
- No se realizaron las encuestas de manera presencial debido a que había un acceso limitado al centro de salud por el covid 19.

CAPÍTULO V:

RESULTADOS Y DISCUSIÓN

5.1. RESULTADOS

Se trabajó con 146 puérperas que son atendidas en el Puesto de Salud Malvinas y Centro de Salud Imperial - Cañete , donde se encontró que el 54.11%(n=79) presentó depresión post parto y el 45.89%(n=67) no presentó depresión post parto.

Se encontró que 69.86 % (n=102) fue el grupo predominante que abarca entre los 20 a 35 años, un 19.18%(n=28) menores de 20 años y en un 10.96%(n=16) mayores de 35 años , dentro de las cuales un 68.49%(n=100) cuentan con un grado de instrucción superior , respecto a la ocupación un 55.48%(n=81) no trabajan actualmente. El estado civil de las puérperas tenemos que un 58.22%(n=85) cuentan con pareja actualmente y un 55.17%(n=80) son de procedencia urbana.

Dentro de los factores sociales que se encontraron tenemos que un 74.66%(n=109) de las puérperas su embarazo fue no planificado ,mientras que un 67.12%(n=98) , 75.34% (n=110) cuentan con apoyo por parte de su pareja y familia respectivamente, así mismo un 69.86%(n=102) reciben apoyo económico por parte de su pareja. De las encuestadas un 84.93%(n=124) no han consumido sustancias nocivas durante todo su embarazo.

En los factores obstetricia se observó que un 50.68%(n=74) de las puérperas tuvieron una lactancia materna inadecuada , de ellas un 15.17%(n=22) han tenido un antecedente de muerte perinatal y 41.67%(n=60) antecedente de aborto; asi mismo se puede observar que un 75%(n=105) de las puérperas no han llevado psicoprofilaxis durante su

embarazo ya sea en su centro o en forma particular , un 52.74%(n=77) de las atendidas han presentado complicaciones o enfermedades durante todo su embarazo asi como un 44.52%(n=65) han presentado alguna complicacion durante el parto; de las 146 puerperas que llevan sus controles un 56.16%(n=82) han tenido un parto eutocico asi como un 63.01%(n=92) tienen 2 o mas hijos, un 55.26% (n=63) cuentan con un periodo intergenesico largo y 55.17%(n=80) han tenido controles prenatales adecuados llevados en su centro. Dentro de las complicaciones neonatales y malformaciones congénitas se obtuvo un 26.90%(n=39) y 10.96%(n=16) respectivamente.

Tabla 1. Características sociodemográficas, sociales, obstétricos y psiquiátricos de la muestra las pacientes mujeres (n=146)

Características	n (%)
Edad	
< 20 años	28 (19.18)
20-35 años	102 (69.86)
> 35 años	16 (10.96)
Grado de instrucción	
No superior	46 (31.51)
superior	100 (68.49)
Ocupación	
No trabaja	81 (55.48)
Trabaja	65 (44.52)
Estado civil	
Sin pareja	61 (41.78)
Con pareja	85 (58.22)
Procedencia	
Urbano	80 (55.17)
Rural	65 (44.18)
Factores riesgo social	
Embarazo	
No	109 (74.66)
Si	37 (25.34)
Apoyo de pareja	
No	48 (32.88)
Si	98 (67.12)
Apoyo familiar	
No	36 (24.66)
Si	110 (75.34)
Apoyo de económico de pareja	
No	44 (30.14)
Si	102 (69.86)
Consumo de SN	
No	124 (84.93)
Si	22 (15.07)
Factores obstétricos	
Lactancia materna inadecuada	
No	72 (49.32)
Si	74 (50.68)
Antecedente de muerte	

perinatal	
No	123 (84.83)
Si	22 (15.17)
Antecedente aborto	
No	84 (58.33)
Si	60 (41.67)
Psicoprofilaxis	
No	105 (75.00)
Si	35 (25.00)
Enfermedad o complicación embarazo	
No	69 (47.26)
Si	77 (52.74)
Complicación del parto	
No	81 (55.48)
Si	65 (44.52)
Complicación neonatal	
No	106 (73.10)
Si	39 (26.90)
Malformación congénita	
No	130 (89.04)
Si	16 (10.96)
Paridad	
1 hijo	54 (36.99)
2 o más hijos	92 (63.01)
Tipo de parto	
parto normal	82 (56.16)
cesárea	64 (43.84)
Período intergenésico	
Largo	63 (55.26)
Corto	51 (56.16)
Control prenatal	
adecuado	80 (55.17)
inadecuado	65 (44.83)
Factor psiquiátrico	
Antecedentes trastorno familiar	
No	96 (65.75)
Si	50 (34.25)
Acepta embarazo	
No	35 (23.97)
Si	111(76.03)
Violencia domestica	
No	83 (57.24)
Si	62 (42.76)
Evento de estrés	
No	52 (35.62)
Si	94 (64.38)
Dificultad cuidar	
No	41 (28.08)
Si	105 (71.92)
Dificultad concentrarse	
No	74 (50.68)
Si	72 (49.32)

Enfermedad psiquiátrica previa	
No	98 (67.59)
Si	47 (32.41)
Depresión postparto	
No	67 (45.89)
Si	79 (54.11)

***Fuente de elaboración propia**

En los factores psiquiátricos de las pacientes un 65.75%(n=96) y 67.59%(n=98) no han tenido antecedente de trastornos psiquiátricos familiares ni enfermedad psiquiátrica previa respectivamente.

Mientras que el 76.03%(n=111) ha tenido aceptación durante su embarazo, un 42.76%(n=62) ha sufrido violencia doméstica(familiares y/o pareja) ya sea física o psicológica durante el embarazo , 64.38%(n=94) ha sufrido algún tipo de estrés que pudo haber afectado su embarazo o durante su parto ,71.92%(n=105) tiene dificultades para cuidar su bebé y un 49.32% (n=72) presenta actualmente dificultad para concentrarse.

Tabla 2. Análisis bivariado de las características y factores asociados a la depresión post parto.

Características	Depresión post parto		Valor p
	No (n=67) n (%)	Si (n=79) n (%)	
Edad			0.138*
< 20 años	9 (32.14)	19 (67.86)	
20-35 años	48 (47.06)	54 (52.94)	
> 35 años	10 (62.50)	6 (37.50)	
Grado de instrucción			0.750*
No superior	45 (45.00)	55 (55.00)	
superior	22 (47.83)	24 (52.17)	
Ocupación			0.468*
No trabaja	35 (43.21)	46 (56.79)	
Trabaja	32 (49.23)	33 (50.77)	
Estado civil			0.093*
Sin pareja	23 (37.70)	38 (62.30)	
Con pareja	44 (51.76)	41 (48.24)	
Procedencia			0.252*
Urbano	33 (41.25)	47 (58.75)	
Rural	33 (50.77)	32 (49.23)	
Factores riesgo social			
Embarazo no planificado			0.055*
No	45 (41.28)	64 (58.72)	

Si	22 (59.46)	15 (40.54)	
Apoyo de pareja			<0.001*
No	13 (15.48)	71 (58.52)	
Si	54 (87.10)	8 (12.90)	
Apoyo familiar			<0.001*
No	10 (14.71)	58 (85.29)	
Si	57 (73.08)	21 (26.92)	
Apoyo de económico de pareja			0.248*
No	17 (38.64)	27 (61.36)	
Si	50 (49.02)	52 (50.98)	
Consumo de SN			0.151*
No	60 (48.39)	64 (51.61)	
Si	7 (31.82)	15 (68.18)	
<hr/>			
Factores obstétricos			
<hr/>			
Lactancia materna inadecuada			0.048*
No	39 (54.17)	33 (45.83)	
Si	28 (37.84)	46 (62.16)	
Antecedente de muerte perinatal			0.637*
No	57 (46.34)	66 (53.66)	
Si	9 (40.91)	13 (59.09)	
Antecedente aborto			0.479*
No	40 (47.62)	44 (52.38)	
Si	25 (41.67)	35 (58.33)	
Psicoprofilaxis			0.141*
No	51 (48.57)	54 (51.43)	
Si	12 (34.29)	23 (65.71)	
Enfermedad o complicación embarazo			0.580*
No	30 (43.48)	39 (56.52)	
Si	37 (48.05)	40 (51.95)	
Complicación del parto			0.541*
No	39 (48.15)	42 (51.85)	
Si	28 (43.08)	37 (56.92)	
Complicación neonatal			0.059*
No	54 (50.94)	52 (49.06)	
Si	13 (33.33)	26 (66.67)	
Malformación congénita			0.021*
No	64 (49.23)	66 (50.77)	
Si	3 (18.75)	13 (81.25)	
Paridad			0.193*
1 hijo	21 (38.89)	33 (61.11)	
2 o más hijos	46 (50.00)	46 (50.00)	
Tipo de parto			0.144*
parto normal	42 (51.22)	40 (48.78)	

Cesárea	25 (39.06)	39 (60.94)	
Periodo intergenésico			0.820*
Largo	32 (50.79)	31 (49.21)	
Corto	27 (52.94)	24 (47.06)	
Control prenatal			0.890*
Adecuado	36 (45.00)	44 (55.00)	
inadecuado	30 (46.15)	35 (53.85)	
<hr/>			
Factor psiquiátrico			
<hr/>			
Antecedentes trastorno familiar			0.741*
No	45 (46.88)	51 (53.13)	
Si	22 (44.00)	28 (56.00)	
Acepta embarazo			0.680*
No	15 (42.86)	20 (57.14)	
Si	52 (46.85)	59 (53.15)	
Violencia domestica			0.259*
No	35 (42.17)	48 (57.83)	
Si	32 (51.61)	30 (48.39)	
Evento de Estrés			0.765*
No	23 (44.23)	29 (55.77)	
Si	44 (46.81)	50 (53.19)	
Dificultad cuidar			0.022*
No	25 (60.98)	16 (39.02)	
Si	42 (40.00)	63 (60.00)	
Dificultad concentrarse			0.750*
No	33 (44.59)	41 (55.41)	
Si	34 (47.22)	38 (52.78)	
Enfermedad psiquiátrica previa			0.567*
No	43 (43.88)	55 (56.12)	
Si	23 (48.94)	24 (51.06)	

*Realizado con la prueba estadística chi-cuadrado de independencia, valor p significativo $p < 0.05$.

Fuente: Elaboración propia.

En la tabla N°02 se observa los factores sociodemográficos para depresión postparto en puérperas atendidas en los centros de salud, donde se encontró que el número mayor de casos tienen entre 20-35 años siendo 52.94%(n=54). Según el nivel de educación para las madres con DPP no han cursado un grado superior 55%(n=55). En relación a la ocupación de las madres con DPP un 56.79%(n=46) no trabajan actualmente. De acuerdo al estado civil y procedencia urbana de las madres con DPP son solteras un 62.30%(n=38) y 58.75%(n=47) respectivamente. Dentro de los factores sociales se

encontró que un 58.52%(n=64) de las madres no planificaron su embarazo. Con respecto al apoyo por la pareja se encontró que 58.52%(n=71) de las madres con DPP no lo tuvieron. En relación al apoyo económico de la familia que fue el 85.29%(n=58) y la pareja con 61.36%(n=27), las puérperas no contaron con ello. Con respecto al consumo de sustancias nocivas, se encontró que el 51.61%(n=64) de las madres con DPP no consumieron dichas sustancias. Los factores de riesgo para depresión post parto según el número de casos fueron el no contar con apoyo de pareja y apoyo familiar $p<0.05$.

Se observaron los factores obstétricos para DPP en las puérperas atendidas, en relación a la lactancia materna exclusiva un 62.16%(n=46) tuvieron dificultad para brindarla. Se encontró que un 59.09%(n=13) de las madres con DPP tuvieron antecedente de muerte perinatal. Así mismo se encontró que un 58.33%(n=35) tuvieron antecedentes de aborto. Se obtuvo también que un 51.43%(n=54) de las puérperas con DPP no han llevado psicoprofilaxis durante su embarazo. Por otro lado un 51.95%(n=40), 56.92%(n=37), 66.67%(n=26) han presentado una enfermedad o complicación durante su embarazo, complicación durante el parto y alguna complicación neonatal respectivamente. En relación a las puérperas con DPP un 81.25%(n=13) su bebé presenta alguna malformación congénita y un 50%(n=46) tienen 2 o más hijos. Se encontró que el 60.94%(n=39) de las madres con DPP tuvieron parto por cesárea. Así mismo tenemos que un 49.21%(n=31) contaban con un periodo intergenésico largo. Por otro lado, un 53.85%(n=35) de las madres que tuvieron control prenatal incompleto tuvieron DPP.

En los factores psiquiátricos tenemos un 56%(n=28) de las puérperas con DPP ha tenido antecedente de trastornos familiares. Se encontró también que un 53.15%(n=59) tuvieron buena aceptación durante todo su embarazo. Así mismo 48.39%(n=30) de las puérperas con DPP sufrieron violencia doméstica (pareja y/o familiar). Por otro lado el 53.19%(n=50) han presentado un evento de estrés durante su embarazo o parto, tenemos también que un 60%(n=63) de ellas cuentan con dificultad para cuidar a su bebé, mientras que un 52.78%(n=38) han presentado alguna dificultad para poder concentrarse. Con respecto a la presencia de enfermedad psiquiátrica previa, se encontró que un 51.06%(n=24) de las puérperas con DPP lo han presentado como antecedente. Los factores de riesgo psiquiátricos para depresión post parto según el número de casos fue dificultad para cuidar su bebé, encontrando un valor $p<0.05$.

TABLA 3. Modelo de regresión de Poisson crudo y ajustado para evaluar la asociación entre los factores de riesgo social y las que presentaron depresión post parto.

Factores riesgo social	Análisis Crudo			Análisis Ajustado*		
	RP	IC 95%	p	RP	IC 95%	p
Embarazo no planificado						
Si	Ref			Ref		
No	1,448	0.949-2.210	0.086	1.500	0.97 - 2.33	0.069
Apoyo de pareja						
No	Ref			Ref		
Si	0,15	0.792 - 0.294	<0.001	0,14	0.077 - 0.277	<0.001
Apoyo familiar						
No	Ref			Ref		
Si	0.32	0.215 - 0.462	<0.001	0.29	0.206 - 0.434	<0.001
Apoyo de económico de pareja						
Si	Ref			Ref		
No	1.20	0.889 - 1.629	0.230	1.21	0.85 - 1.75	0.288
Consumo de SN						
Si	Ref			Ref		
No	0,76	0.542 - 1.056	0.102	0.80	0.56 - 1.14	0.217

*ajustado por las variables edad, grado de instrucción, ocupación, estado civil, procedencia

** valor p significativo <0.05

RP: Razón de prevalencia. IC 95%: Intervalo de confianza al 95%

Fuente: elaboración propia

En la tabla N°03 las puérperas que contaban con apoyo de pareja tuvieron 85% menor prevalencia de presentar DPP y las que tenían apoyo familiar tuvieron el 68%.

En el análisis multivariado las puérperas que sí contaban con apoyo de pareja tenían 86% menor frecuencia de presentar DPP y las puérperas que contaron con apoyo familiar tuvieron el 71%; ajustado por las covariables edad ,grado de instrucción, ocupación, estado civil, procedencia.

TABLA 4. Modelo de regresión de Poisson crudo y ajustado para evaluar la asociación entre los factores obstétricos y las que presentaron depresión post parto.

Factores obstétricos	Análisis Crudo			Análisis Ajustado*		
	RP	IC 95%	P	RP	IC 95%	p
Lactancia materna inadecuada						
No	Ref			Ref		
Si	1.36	0.99 - 1.85	0.043	1.20	0.86 - 1.68	0.045

Antecedente de muerte perinatal							
No	Ref				Ref		
Si	1.10	0.75 - 1.62	0.180	1.25	0.84 - 1.86	0.280	
Antecedente aborto							
No	Ref			Ref			
Si	1.11	0.83 - 1.49	0.477	1.23	0.89 - 1.69	0.208	
Psicoprofilaxis							
No	Ref			Ref			
Si	1.28	0.94 - 1.73	0.114	1.37	0.99 - 1.89	0.058	
Enfermedad o complicación embarazo							
No	Ref			Ref			
Si	0.92	0.68 - 1.24	0.581	1.06	0.78 - 1.44	0.711	
Complicación del parto							
No	Ref			Ref			
Si	1.10	0.81 - 1.48	0.541	1.10	0.83 - 1.48	0.495	
Complicación neonatal							
No	Ref			Ref			
Si	1.35	1.01 - 1.82	0.042	1.36	1.02 - 1.82	0.035	
Malformación congénita							
No	Ref			Ref			
Si	1.60	1.19 - 2.14	0.002	1.59	1.18 - 2.15	0.003	
Paridad							
1 hijo	Ref			Ref			
2 más hijos	0.82	0.61 - 1.10	0.184	1.01	0.71 - 1.51	0.996	
Tipo de parto							
Parto normal	Ref			Ref			
Cesárea	1.25	0.93 - 1.68	0.142	1.36	1.02 - 1.82	0.035	
Período intergenésico							
Largo	Ref			Ref			
Corto	0.96	0.65 - 1.40	0.821	0.94	0.64 - 1.39	0.764	
Control prenatal							
Adecuado	Ref			Ref			
Inadecuado	1.02	0.76 - 1.38	0.890	1.02	0.74 - 1.43	0.875	

*ajustado por las variables edad, grado de instrucción, ocupación, estado civil, procedencia

** valor p significativo <0.05

RP: Razón de prevalencia. IC 95%: Intervalo de confianza al 95%

Fuente: elaboración propia

De las puérperas estudiadas las que tuvieron lactancia materna inadecuada tenían 36% mayor frecuencia de padecer DPP (RP=1.36, IC 95% 0.99-1.55 , p=0.043). Las madres de las cuales su bebé presenta alguna complicación neonatal tenían 35% mayor frecuencia de padecer depresión posparto en comparación con las madres que su bebé no presentó alguna complicación (RP=1.35, IC 95% 1.01-1.82 , p=0.042). En relación a

las puérperas que su bebé nació con alguna malformación congénita tenían 60% mayor frecuencia de padecer DPP (RP=1.60, IC 95% 1.19-2.14, p=0.002). Respecto a lo encontrado de las puérperas que tuvieron un parto distócico (cesárea) tenían 25% mayor frecuencia de padecer DPP (RP=1.25, IC 95% 0.93-1.678 , p= 0.035).

TABLA 5. Modelo de regresión de Poisson crudo y ajustado para evaluar la asociación entre los factores psiquiátricos y las que presentaron depresión postparto.

Factor psiquiátrico	Análisis Crudo			Análisis Ajustado*		
	RP	IC 95%	p	RP	IC 95%	P
Antecedentes trastorno familiar						
No	Ref			Ref		
Si	1.05	0.77 - 1.44	0.739	1.22	0.87 - 1.70	0.252
Acepta embarazo						
No	Ref			Ref		
Si	1.08	0.76 - 1.51	0.674	1.02	0.71 - 1.45	0.925
Violencia domestica						
No	Ref			Ref		
Si	1.20	0.87 - 1.64	0.270	1.03	0.72 - 1.47	0.871
Evento de estrés						
No	Ref			Ref		
Si	1.05	0.77 - 1.42	0.764	1.04	0.75 - 1.43	0.810
Dificultad cuidar al bebé						
No	Ref			Ref		
Si	1.53	1.02 - 2.33	0.042	1.49	0.99 - 2.22	0.045
Dificultad concentrarse						
No	Ref			Ref		
Si	1.05	0.77 - 1.41	0.751	1.03	0.76 - 1.40	0.853
Enfermedad psiquiátrica previa						
No	Ref			Ref		
Si	1.09	0.79 - 1.53	0.576	1.02	0.72 - 1.44	0.911

*ajustado por las variables edad, grado de instrucción, ocupación, estado civil, procedencia

** valor p significativo <0.05

RP: Razón de prevalencia. IC 95%: Intervalo de confianza al 95%

Fuente: elaboración propia

De las puérperas estudiadas las que tuvieron dificultad para poder cuidar a su bebé tenía 53% mayor frecuencia de padecer DPP(RP=1.53, IC 95% 1.02-2.33, p= 0.045).

5.2.DISCUSIÓN DE RESULTADOS

Hallazgos principales

En el presente estudio, los resultados encontrados muestran que los factores protectores asociados para no desarrollar depresión posparto, son el apoyo de pareja y el apoyo familiar. Los factores de riesgo asociados fueron lactancia materna inadecuada, complicación neonatal, cesárea y dificultad para cuidar el bebé; luego del ajuste por variables como edad, grado de instrucción, ocupación, estado civil, procedencia.

Comparación con otros estudios e interpretación de resultados

En nuestro estudio se encontró que el 54.11% de mujeres tuvo depresión posparto, así como en un estudio realizado en Estados Unidos se encontró una prevalencia de un 22%¹. En Chile se encontró un predominante de entre 22 a 51%¹⁶. Asimismo, en Colombia se halló una prevalencia del 40%¹⁷; similar a un estudio en Arequipa donde se encontró una preponderancia del 45%³¹ y en Lima se halló un predominio del 34% de presentar depresión posparto²⁴. La Organización Mundial de la Salud (OMS) menciona que las mujeres tienen mayor prevalencia de padecer episodios de depresión en su vida en comparación con los hombres². En Latinoamérica se ha observado un incremento de los síntomas depresivos posparto⁷. Esta depresión se puede manifestar durante el periparto hasta las 4 semanas del posparto según DSM-V (Manual de Diagnóstico y Estadística de las Enfermedades Mentales)²⁴. Una posible explicación sería que durante el periodo del puerperio (posparto) existe una vulnerabilidad emocional debido a que se presentan desordenes emocionales⁹.

Los factores psiquiátricos y psicológicos de la madre se ven alterados durante el embarazo y posparto⁹, por lo que es importante el apoyo brindado por la pareja y de los familiares durante estas etapas. En nuestra investigación se encontró que el tener apoyo de pareja y de los familiares fueron factores protectores para la depresión posparto. Esto fue similar a un estudio hecho en población venezolana, donde se encontró que las madres no tuvieron apoyo de pareja o apoyo familiar tenían más prevalencia de depresión posparto². En un estudio que se realizó en población peruana se encontró que tener una relación sin problemas de pareja es protector para la depresión posparto²⁴. Además, se ha encontrado que las madres separadas o con problemas de pareja pueden tener cuatro veces mayor probabilidad de presentar depresión posparto más severo en comparación con las madres solteras¹². Explorando más la influencia de la pareja, se

encontró que tener una mala relación con la pareja tenía una mayor razón de prevalencia (RP) de 7,03; seguido de abandono de pareja con un RP de 3,35 y vivir sin pareja con un RP de 2,04¹³. Sin embargo hay estudios donde se evaluó la variable cuida sola al bebe, donde no se encontró asociación con la depresión postparto¹², en nuestro estudio se encontró que las madres con dificultad para cuidar al bebe tendrían mayor probabilidad de tener depresión postparto. Por lo que en los estudios donde se tengan más detalle sobre la variable apoyo de pareja o familiar o relacionado al apoyo psicológico se han encontrado la influencia de ello en la presencia de la depresión postparto.

Con respecto a los riesgos obstétricos, en nuestro estudio se encontró que el tener una lactancia materna inadecuada fue un factor de riesgo para la depresión postparto. Ello fue similar a otro estudio hecho en madres chilenas donde se encontró que tener dificultades con la lactancia desarrollaban mayor depresión postparto¹⁴. En otro estudio hecho en madres venezolanas se encontró que las madres que no podían brindar una lactancia materna exclusiva tuvieron 1,66 veces más posibilidad de presentar depresión post parto¹⁰. Una posible explicación sería que los niveles de la prolactina tienen una correlación negativa con los niveles de estrógenos y progesterona durante el postparto; debido a esto cuando las madres no pueden amamantar a sus bebés, los niveles de prolactina bajan y los niveles de estrógenos y progesterona suben lo que podría hacer más susceptible a la madre de padecer depresión postparto¹⁵. También encontramos en nuestro estudio se encontró que el tener alguna complicación neonatal y la malformación congénita fueron factores de riesgo para la depresión postparto; estos resultados son similares a un estudio hecho en madres italianas¹⁶, en otro estudio multicéntrico hecho 6 países de Latinoamérica (Argentina, Brasil, Chile, Paraguay, Perú y Uruguay) donde se observó que las madres que tenían a sus bebés en la unidad de cuidados intensivos neonatales (UCIN) padecían de depresión postparto en comparación con las madres que no¹⁸ Una posible explicación sería que las madres que en la UNCI están expuesta a un alto nivel de estrés, ello puede afectar al vínculo madre/hijo¹⁸ lo cual ocasiona un apego inseguro.¹⁹

En nuestro estudio se encontró que el haber tenido alguna cesárea fue un factor de riesgo para la depresión postparto. Esto fue similar a lo encontrado en otro estudio hecho en madres venezolanas donde se encontró que las que tuvieron cesárea tenían 3 veces más riesgo de presentar depresión postparto, además que el parto vaginal fue

factor protector¹⁰. En otra investigación también se encontró que la cesárea presentó una prevalencia superior para presentar depresión²⁰. Sin embargo en otro análisis hecho con población peruana no se encontró asociación entre la cesárea y la depresión postparto¹¹. Una posible explicación sería que posiblemente las madres que tuvieron cesárea presentan menores niveles de oxitocina, lo cual podría generar que estén menos sensibles a las demandas del recién nacido y por consiguiente desarrollar depresión postparto²¹.

CAPÍTULO VI: CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

6.1. CONCLUSIONES

- El estudio encontró que la depresión postparto tiene como factores de riesgo asociado más importante a tener un bebe con malformación congénita, seguida de la dificultad para cuidar, tipo parto por cesárea, brindar una lactancia inadecuada y que su bebe tenga alguna complicación neonatal. Además, el factor protector más importante fue el apoyo de la pareja, seguido del apoyo familiar.
- Los estudios futuros deben explorar de manera prospectiva y más detallada a los factores que influyen a la depresión postparto, así conocer el comportamiento de estos factores en las madres peruanas. Si los resultados actuales se confirman en futuras investigaciones, se podrían enfatizar en diversos programas durante el control que recibe la puérpera en el consultorio de planificación familiar, concientización de las madres y darles un mayor apoyo durante y luego del embarazo.

6.2. RECOMENDACIONES

- Si la paciente tiene antecedentes de depresión, especialmente depresión posparto, se debe avisar al médico cuando se planea un embarazo o tan pronto como se sepa del embarazo para que se tomen las medidas adecuadas.
- Desarrollar mejores estrategias de difusión para lograr que más parejas participen a conciencia de las atenciones prenatales y las sesiones de psicoprofilaxis obstétrica con el propósito de que la gestante se sienta apoyada en el proceso del embarazo y que la pareja cuente con mayor información sobre cómo apoyarla.
- Informar y concienciar a los profesionales de la salud sobre el reconocimiento y abordaje de la depresión posparto en madres de todas las edades y el

Cuestionario de Edimburgo, que permite una rápida identificación de la depresión.

- Se ha visto diversos estudios sobre efectos adversos asociados a depresión posparto, en cuanto a las consecuencias negativas a nivel del vínculo madre e hijo y su desarrollo se implementaría un seguimiento continuo al menor y psicoterapias a la madre e hijo

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Caparros-Gonzalez RA, Romero-Gonzalez B, Peralta-Ramirez MI. Depresión posparto, un problema de salud pública mundial. *Rev Panam Salud Pública*. 28 de junio de 2018;42:e97.
2. Meléndez M, Díaz M, Bohorjas L, Cabaña A, Casas J, Castrillo M, et al. Depresión posparto y los factores de riesgo. *Salus*. 2017;21(3):7-12.
3. Gaviria SL, Duque M, Vergel J, Restrepo D. Perinatal depressive symptoms: Prevalence and associated psychosocial factors. *Rev Colomb Psiquiatr Engl Ed*. 1 de julio de 2019;48(3):166-73.
4. Loaiza NV, Dachner AP, Morales JAV. Generalidades y diagnóstico de la depresión posparto. *Rev Medica Sinerg*. 18 de junio de 2019;4(7):e261-e261.
5. Adeyemo E, Oluwole E, Kanma-Okafor O, Izuka O, Odeyemi K. Prevalence and predictors of postpartum depression among postnatal women in Lagos, Nigeria. *Afr Health Sci*. diciembre de 2020;20(4):1943-54.
6. Rojas G, Santelices MP, Martínez P, Tomicic A, Reinel M, Olhaberry M, et al. Barriers restricting postpartum depression treatment in Chile. *Rev Médica Chile*. abril de 2015;143(4):424-32.
7. Manrique Sila FZ. Frecuencia y factores de riesgo asociados a la depresión posparto en pacientes atendidas en el Hospital Regional PNP Julio Pinto Manrique Arequipa, Octubre –diciembre 2016. Univ Católica St María - UCSM [Internet]. 31 de marzo de 2017 [citado 26 de septiembre de 2021]; Disponible en: <https://tesis.ucsm.edu.pe/repositorio/handle/UCSM/6115>
8. Lama MD, Elizabeth G. Manrique Sila. Univ Católica St María [Internet]. 2 de julio de 2019 [citado 26 de septiembre de 2021]; Disponible en: <https://tesis.ucsm.edu.pe/repositorio/handle/UCSM/9030>
9. Schonhaut Berman L, Podestá López L. Rol del pediatra frente a la depresión posparto. *Rev Chil Pediatría*. 1 de enero de 2016;87(1):1-3.
10. Guintivano J, Manuck T, Meltzer-Brody S. Predictors of Postpartum Depression: A comprehensive review of the last decade of evidence. *Clin Obstet Gynecol*. septiembre de 2018;61(3):591-603.
11. Abadiga M. Magnitude and associated factors of postpartum depression among women in Nekemte town, East Wollega zone, west Ethiopia, 2019: A community-based study. *PLoS ONE*. 13 de noviembre de 2019;14(11):e0224792.

12. Mousavi F, Shojaei P. Postpartum Depression and Quality of Life: A Path Analysis. *Yale J Biol Med.* 31 de marzo de 2021;94(1):85-94.
13. Necho M, Belete A, Zenebe Y. The association of intimate partner violence with postpartum depression in women during their first month period of giving delivery in health centers at Dessie town, 2019. *Ann Gen Psychiatry.* 6 de octubre de 2020;19:59.
14. Atuhaire C, Brennaman L, Cumber SN, Rukundo GZ, Nambozi G. The magnitude of postpartum depression among mothers in Africa: a literature review. *Pan Afr Med J.* 25 de septiembre de 2020;37:89.
15. Liu S, Yan Y, Gao X, Xiang S, Sha T, Zeng G, et al. Risk factors for postpartum depression among Chinese women: path model analysis. *BMC Pregnancy Childbirth.* 2 de mayo de 2017;17:133.
16. Evans M. G, Vicuña M. M, Marín R. DEPRESION POSTPARTO REALIDAD EN EL SISTEMA PUBLICO DE ATENCION DE SALUD. *Rev Chil Obstet Ginecol.* 2003;68(6):491-4.
17. Ortiz Martinez RA, Gallego Betancourt CX, Buitron Zuñiga EL, Meneses Valdés YD, Muñoz Fernandez NF, Gonzales Barrera MA. Prevalencia de tamiz positivo para Depresión Postparto en un Hospital de tercer nivel y posibles factores asociados. *Rev Colomb Psiquiatr.* octubre de 2016;45(4):253-61.
18. Wormald F, Tapia JL, Torres G, Cánepa P, González MA, Rodríguez D, et al. Estrés en padres de recién nacidos prematuros de muy bajo peso hospitalizados en unidades de cuidados intensivos neonatales. Estudio multicéntrico. *Arch Argent Pediatría.* agosto de 2015;113(4):303-9.
19. Sosa Ramos YS. Factores Asociados a la Depresión Posparto en Mujeres Primíparas que acuden al puesto de Salud Salcedo Puno. 2018. Univ Andina Néstor Cáceres Velásquez [Internet]. 2018 [citado 26 de septiembre de 2021]; Disponible en: <http://repositorio.uancv.edu.pe/handle/UANCV/2209>
20. 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. :6.
21. Fernández Franco OA. Frecuencia y Factores de Riesgo Asociados a Depresión Postparto en Pacientes del Servicio de Obstetricia del Hospital Base Carlos Alberto Seguí Escobedo de Arequipa 2018. Univ Católica St María [Internet]. 6 de agosto de 2018 [citado 26 de septiembre de 2021]; Disponible en:

- <https://tesis.ucsm.edu.pe/repositorio/handle/UCSM/8025>
22. González-González DA, Casado-Méndez PR, Molero-Segrera DM, Santos-Fonseca DRS, López-Sánchez I. Factores asociados a depresión posparto. :10.
 23. Loyola Ramirez KL. Lactancia materna exclusiva como factor asociado a depresión posparto. Univ Priv Antenor Orrego [Internet]. 2020 [citado 26 de septiembre de 2021]; Disponible en: <https://repositorio.upao.edu.pe/handle/20.500.12759/6027>
 24. Neyra Diaz A del P, Palomino Bonifacio EN. FACTORES DE RIESGO PARA LA DEPRESIÓN POSPARTO EN MADRES ADOLESCENTES ATENDIDAS EN EL HOSPITAL MARÍA AUXILIADORA, 2017. Univ Priv Norbert Wien [Internet]. 24 de junio de 2019 [citado 26 de septiembre de 2021]; Disponible en: <http://repositorio.uwiener.edu.pe/handle/123456789/3153>
 25. Pisconte León FA. Violencia familiar como factor de riesgo de depresión posparto en puerperas del hospital distrital Santa Isabel de el Porvenir. Repos Inst - UPAO [Internet]. 2016 [citado 26 de septiembre de 2021]; Disponible en: <https://repositorio.upao.edu.pe/handle/20.500.12759/1560>
 26. Reaño Pantigozo JL. Factores asociados a depresión posparto en madres adolescentes atendidas en el Hospital Regional del Cusco, 2020. Univ Nac San Antonio Abad Cusco [Internet]. 2020 [citado 26 de septiembre de 2021]; Disponible en: <http://repositorio.unsaac.edu.pe/handle/20.500.12918/5347>
 27. Silvera Bendezu MZC. Factores de riesgo de depresión posparto en puérperas del hospital de baja complejidad vitarte octubre – diciembre 2018. 2019.
 28. Acosta Puicon J. Factores de riesgo asociados a depresión posparto en puérperas atendidas en el Hospital Regional II-2 de Tumbes. 2017.
 29. Denegri Salas MF. Factores Asociados a Depresión Postparto en Puérperas Atendidas en el Hospital Regional Honorio Delgado Espinoza, Arequipa, Febrero– Marzo 2018. 2018.
 30. Valdivia Sanchez MJ. Factores asociados a la depresión post parto en puérperas atendidas en el Hospital Iquitos 2020. 2020.
 31. Masías Salinas MA, Arias Gallegos WL. Prevalencia de la depresión post parto en Arequipa, Perú. Rev Medica Hered. octubre de 2018;29(4):226-31.
 32. Factores asociados a síntomas depresivos en madres con hijos hospitalizados en unidades de pediatría y neonatología en Perú: estudio de casos y controles [Internet]. 2019 [citado 12 de abril de 2023]. Disponible en:

- <https://www.medwave.cl/investigacion/estudios/7649.html>
33. Mayo Clinic Books [Internet]. [citado 13 de abril de 2023]. Disponible en: https://order.store.mayoclinic.com/books/gnweb09?utm_source=MC-DotOrg-PS&utm_medium=Link&utm_campaign=Pregnancy-Book&utm_content=PREG
 34. Screening for Perinatal Depression [Internet]. [citado 27 de enero de 2023]. Disponible en: <https://www.acog.org/-/media/project/acog/acogorg/clinical/files/committee-opinion/articles/2018/11/screening-for-perinatal-depression.pdf>
 35. Araújo I de S, Aquino KS, Fagundes LKA, Santos VC. Postpartum Depression: Epidemiological Clinical Profile of Patients Attended In a Reference Public Maternity in Salvador-BA. Rev Bras Ginecol E Obstetrícia RBGO Gynecol Obstet. marzo de 2019;41(3):155-63.
 36. Romero Medina G. Relación entre características sociodemográficas y riesgo de depresión postparto en puérperas de la Clínica Good Hope Noviembre de 2015. Univ Ricardo Palma [Internet]. 2016 [citado 13 de abril de 2023]; Disponible en: <https://repositorio.urp.edu.pe/handle/20.500.14138/767>
 37. Delgado MM. DEPRESIÓN POSTPARTO Y TRATAMIENTO. :4.
 38. Jadresic M. E. DEPRESIÓN POSPARTO EN EL CONTEXTO DEL HOSPITAL GENERAL. Rev Médica Clínica Las Condes. 1 de noviembre de 2017;28(6):874-80.
 39. Depresión [Internet]. minsal-2015. [citado 13 de abril de 2023]. Disponible en: <https://cedipcloud.wixsite.com/minsal-2015/depresion>
 40. Alves B/ O/ OM. DeCS [Internet]. [citado 11 de abril de 2023]. Disponible en: <https://decs.bvsalud.org/es/ths/resource/?id=32776>
 41. Definición Nivel de instrucción [Internet]. [citado 11 de abril de 2023]. Disponible en: https://www.eurostat.ec.europa.eu/documentos/opt_0/tema_165/elem_2376/definicion.html
 42. ASALE R, RAE. procedencia | Diccionario de la lengua española [Internet]. «Diccionario de la lengua española» - Edición del Tricentenario. [citado 11 de abril de 2023]. Disponible en: <https://dle.rae.es/procedencia>
 43. Beneficios de la lactancia materna [Internet]. Hospital Universitario Quirónsalud Madrid. [citado 11 de abril de 2023]. Disponible en: <https://www.quironsalud.es/hospital-madrid/es/carera-servicios/ginecologia-obstetricia/unidad-obstetricia/informacion-gestantes/beneficios-lactancia-materna>

44. Embarazo normal y cuidados prenatales | Diagnóstico y tratamiento ginecoobstétricos, 11e | AccessMedicina | McGraw Hill Medical [Internet]. [citado 11 de abril de 2023]. Disponible en: <https://accessmedicina.mhmedical.com/content.aspx?bookid=1494§ionid=98123785>
45. Morales Alvarado S, Guibovich Mesinas A, Yábar Peña M. Psicoprofilaxis Obstétrica: actualización, definiciones y conceptos. Horiz Méd Lima. octubre de 2014;14(4):53-7.
46. Zavala-García A, Ortiz-Reyes H, Salomon-Kuri J, Padilla-Amigo C, Preciado Ruiz R, Zavala-García A, et al. Periodo intergenésico: Revisión de la literature. Rev Chil Obstet Ginecol. febrero de 2018;83(1):52-61.
47. Malformaciones congénitas: qué es, síntomas y tratamiento [Internet]. Top Doctors. [citado 11 de abril de 2023]. Disponible en: <https://www.topdoctors.es/diccionario-medico/malformaciones-congenitas>
48. Enfermedad mental - Síntomas y causas - Mayo Clinic [Internet]. [citado 11 de abril de 2023]. Disponible en: <https://www.mayoclinic.org/es-es/diseases-conditions/mental-illness/symptoms-causes/syc-20374968>
49. Déficit de atención y pérdida de concentración por estrés - Microbiota y Bienestar [Internet]. [citado 12 de abril de 2023]. Disponible en: <https://www.microbiotaybienestar.es/deficit-atencion-perdida-concentracion-estres/>
50. clinicasabortos.mx. Prevenir un embarazo no deseado. Embarazo no planeado [Internet]. clinicasabortos.mx. 2016 [citado 12 de abril de 2023]. Disponible en: <https://www.clinicasabortos.mx/embarazo-no-deseado>
51. ¿Qué es la violencia doméstica?:: Connecticut Coalition Against Domestic Violence [Internet]. [citado 12 de abril de 2023]. Disponible en: <https://www.ctcadv.org/espanol/aprender>
52. Vega-Dienstmaier JM, Mazzotti Suárez G, Campos Sánchez M. Validación de una versión en español de la Escala de Depresión Postnatal de Edimburgo. Actas Esp Psiquiatr. 2002;30(2):106-11.
53. Villanueva Basilio AJ. Factores asociados al riesgo de depresión postparto valorada por la Escala de Depresión Postnatal de Edimburgo en puérperas adultas atendidas por teleconsulta en el Instituto Nacional Materno Perinatal en el año 2020. 2022.

54. Cvetkovic-Vega A, Maguiña Jorge L., Soto Alonso, Lama-Valdivia Jaime, López Lucy E. Correa. Cross-sectional studies. Rev. Fac. Med. Hum. [Internet]. 2021 Ene [citado 2023 Abr 18] ; 21(1): 179-185. Disponible en: http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2308-05312021000100179&lng=es. <http://dx.doi.org/10.25176/rfmh.v21i1.3069>.
55. Diego David, Rodríguez Tapia ,Zilma, Diago Alfes .“Raracterización de la depresión postparto en madres de 20 a 40 años Riobamba 2019” Internet. 2020 citado 24 de Octubre; Disponible en :<http://dspace.unach.edu.ec/handle/51000/6792>

ANEXOS

ANEXO 1. ACTA DE APROBACIÓN DEL PROYECTO DE TESIS



UNIVERSIDAD RICARDO PALMA
FACULTAD DE MEDICINA HUMANA
Manuel Huamán Guerrero
Instituto de Investigación en Ciencias Biomédicas
Unidad de Grados y Títulos

ACTA DE APROBACIÓN DE PROYECTO DE TESIS

Los miembros que firman la presente acta en relación al Proyecto de Tesis "**FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS A DEPRESIÓN POSPARTO EN PUÉRPERAS ATENDIDAS EN EL PUESTO DE SALUD MALVINAS Y CENTRO DE SALUD IMPERIAL- CAÑETE DURANTE EL PERIODO SETIEMBRE-DICIEMBRE 2021.**" que presenta el(a), **Geraldine Miriam Rodríguez Romero y Angie Guadalupe Roncal Calderón**, para optar el Título Profesional de Médico Cirujano, declaran que el referido proyecto cumple con los requisitos correspondientes, tanto en forma como en fondo; indicando que se proceda con la ejecución del mismo.

En fe de lo cual firman los siguientes docentes:

Mag. Ofelia-Roque Paredes
ASESOR DE TESIS

Dr. Jhony A. De La Cruz Vargas
DIRECTOR DEL CURSO-TALLER

ANEXO 2. CARTA DE COMPROMISO DEL ASESOR DE TESIS



UNIVERSIDAD RICARDO PALMA
FACULTAD DE MEDICINA HUMANA
Manuel Huamán Guerrero
Instituto de Investigaciones de Ciencias Biomédicas
Oficina de Grados y Títulos
Formamos seres para una cultura de paz

Carta de Compromiso del Asesor de Tesis

Por la presente acepto el compromiso para desempeñarme como asesor de Tesis del estudiante de Medicina Humana, Srta. Geraldine Miriam Rodriguez Romero, de acuerdo a los siguientes principios:




1. Seguir los lineamientos y objetivos establecidos en el Reglamento de Grados y Títulos de la Facultad de Medicina Humana, sobre el proyecto de tesis.
2. Respetar los lineamientos y políticas establecidos por la Facultad de Medicina Humana y el INICIB, así como al Jurado de Tesis, designado por ellos.
3. Propiciar el respeto entre el estudiante, Director de Tesis Asesores y Jurado de Tesis.
4. Considerar seis meses como tiempo máximo para concluir en su totalidad la tesis, motivando al estudiante a finalizar y sustentar oportunamente
5. Cumplir los principios éticos que corresponden a un proyecto de investigación científica y con la tesis.
6. Guiar, supervisar y ayudar en el desarrollo del proyecto de tesis, brindando asesoramiento para superar los puntos críticos o no claros.
7. Revisar el trabajo escrito final del estudiante y que cumplan con la metodología establecida
8. Asesorar al estudiante para la presentación de la defensa de la tesis (sustentación) ante el Jurado Examinador.
9. Atender de manera cordial y respetuosa a los alumnos.

Atentamente,

Ofelia Roque Paredes

Lima, 14 de Octubre de 2021

ANEXO 3. CARTA DE APROBACIÓN DEL PROYECTO DE TESIS.

	UNIVERSIDAD RICARDO PALMA Facultad de Medicina Humana Manuel Huamán Guerrero	 
---	--	--

Oficio Electrónico N° 2300-2021-FMH-D

Lima, 02 de noviembre de 2021

Señorita
ANGIE GUADALUPE RONCAL CALDERÓN
Presente. -

ASUNTO: Aprobación del Proyecto de Tesis


De mi consideración:

Me dirijo a usted para hacer de su conocimiento que el Proyecto de Tesis "FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS A DEPRESIÓN POSPARTO EN PUÉRPERAS ATENDIDAS EN EL PUESTO DE SALUD MALVINAS Y CENTRO DE SALUD IMPERIAL- CAÑETE DURANTE EL PERIODO SETIEMBRE-DICIEMBRE 2021", con la propuesta de dos autores desarrollado en el contexto del VIII Curso Taller de Titulación por Tesis, presentando ante la Facultad de Medicina Humana para optar el Título Profesional de Médico Cirujano, ha sido aprobado por el Consejo de Facultad en sesión de fecha jueves 21 de octubre de 2021.

Por lo tanto, queda usted expedita con la finalidad de que prosiga con la ejecución del mismo, teniendo en cuenta el Reglamento de Grados y Títulos.

Sin otro particular,

Atentamente,



Mg. Hilda Jurupe Chico
Secretaria Académica

c.c.: Oficina de Grados y Títulos.

"Formamos seres humanos para una cultura de Paz"

Av. Benavides 5440 - Urb. Las Gardenias - Surco Central 7 0 8 - 0000 / Anexo:
6010

Lima 33 - Perú / www.urp.edu.pe/medicina

ANEXO 4. CARTA DE ACEPTACIÓN DE EJECUCIÓN DE LA TESIS POR EL COMITÉ DE ÉTICA EN INVESTIGACIÓN

COMITÉ DE ETICA DE INVESTIGACION
FACULTAD DE MEDICINA "MANUEL HUAMAN GUERRERO"
UNIVERSIDAD RICARDO PALMA



CONSTANCIA

El Presidente del Comité de Etica de Investigación de la Facultad de Medicina de la Universidad Ricardo Palma deja constancia de que el proyecto de investigación :

Título: **"FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS DE DEPRESIÓN POSPARTO EN PUÉRPERAS ATENDIDAS EN EL PUESTO DE SALUD MALVINAS Y CENTRO DE SALUD IMPERIAL -CAÑETE EN EL PERIODO SETIEMBRE - DICIEMBRE 2021"**.

Investigadoras:

ANGIE GUADALUPE RONCAL CALDERON Y GERALDIN MIRIAM RODRIGUEZ ROMERO

Código del Comité: **PG 235 - 2021**

Ha sido revisado y evaluado por los miembros del Comité que presido, concluyendo que le corresponde la categoría REVISIÓN EXPEDITA por un período de 1 año.

Exhortamos al investigador (a) la publicación del trabajo de tesis concluído para colaborar con desarrollo científico del país.

Lima, 31 de Diciembre del 2021

Dra. Sonia Indacochea Cáceda
Presidente del Comité de Etica de Investigación

ANEXO 5. ACTA DE APROBACIÓN DEL BORRADOR DE TESIS



UNIVERSIDAD RICARDO PALMA
FACULTAD DE MEDICINA HUMNA
Instituto de Investigación en Ciencias Biomédicas
Unidad de Grados y Títulos

FORMAMOS SERES HUMANOS PARA UNA CULTURA DE PAZ

ACTA DE APROBACIÓN DEL BORRADOR DE TESIS

Los abajo firmantes, director, asesor y miembros del Jurado de la Tesis titulada "FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS A DEPRESIÓN POSPARTO EN PUÉRPERAS ATENDIDAS EN EL PUESTO DE SALUD MALVINAS Y CENTRO DE SALUD IMPERIAL- CAÑETE DURANTE EL PERIODO SETIEMBRE-DICIEMBRE 2021", que presenta las Señoritas Rodríguez Romero Geraldine Miriam y Roncal Calderón Angie Guadalupe para optar el Título Profesional de Médico Cirujano, dejan constancia de haber revisado el borrador de tesis correspondiente, declarando que este se halla conforme, reuniendo los requisitos en lo que respecta a la forma y al fondo.

Por lo tanto, consideramos que el borrador de tesis se halla expedito para la impresión, de acuerdo a lo señalado en el Reglamento de Grados y Títulos, y ha sido revisado con el software Turnitin, quedando atentos a la citación que fija día, hora y lugar, para la sustentación correspondiente.

En fe de lo cual firman los miembros del Jurado de Tesis:

M.C. Pedro Arango Ochante.
PRESIDENTE

M.C. Dante Manuel Quiñones
Laveriano
MIEMBRO

M.C. Maria Araujo Durand
MIEMBRO

Dr. Jhony De La Cruz Vargas
Director de Tesis

M.G. Ofelia Roquy Paredes
Asesor de Tesis

Lima; 15 de Abril del 2023

ANEXO 6. REPORTE DE ORIGINALIDAD DEL TURNITIN

“FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS A DEPRESIÓN POSPARTO EN PUÉRPERAS ATENDIDAS EN EL PUESTO DE SALUD MALVINAS Y CENTRO DE SALUD IMPERIAL- CAÑETE DURANTE EL PERIODO SETIEMBRE-DICIEMBRE 2021.”

INFORME DE ORIGINALIDAD

14%

INDICE DE SIMILITUD

16%

FUENTES DE INTERNET

5%

PUBLICACIONES

7%

TRABAJOS DEL ESTUDIANTE

FUENTES PRIMARIAS

1	hdl.handle.net Fuente de Internet	3%
2	repositorio.urp.edu.pe Fuente de Internet	2%
3	creativecommons.org Fuente de Internet	2%
4	repositorio.uwiener.edu.pe Fuente de Internet	1%
5	servicio.bc.uc.edu.ve Fuente de Internet	1%
6	dspace.unl.edu.ec Fuente de Internet	1%
7	repositorio.unapiquitos.edu.pe Fuente de Internet	1%
8	repositorio.ucv.edu.pe Fuente de Internet	1%

ANEXO 7. CERTIFICADO DE ASISTENCIA AL CURSO TALLER



UNIVERSIDAD RICARDO PALMA

FACULTAD DE MEDICINA HUMANA

MANUEL HUAMÁN GUERRERO

VIII CURSO TALLER PARA LA TITULACION POR TESIS MODALIDAD VIRTUAL

CERTIFICADO

Por el presente se deja constancia que la Srta.

ANGIE GUADALUPE RONCAL CALDERÓN

Ha cumplido con los requisitos del CURSO-TALLER para la Titulación por Tesis Modalidad Virtual durante los meses de setiembre, octubre, noviembre, diciembre 2021 y enero 2022, con la finalidad de desarrollar el proyecto de Tesis, así como la culminación del mismo, siendo el título de la tesis:

FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS A DEPRESIÓN POSPARTO EN PUÉRPERAS ATENDIDAS EN EL PUESTO DE SALUD MALVINAS Y CENTRO DE SALUD IMPERIAL- CAÑETE DURANTE EL PERIODO SETIEMBRE-DICIEMBRE 2021. CON LA PROPUESTA DE DOS AUTORES.

Por lo tanto, se extiende el presente certificado con valor curricular y valido por 06 conferencias académicas para la sustentación de tesis respectiva de acuerdo a artículo 14° de Reglamento vigente de Grados y Títulos de Facultad de Medicina Humana aprobado mediante Acuerdo de Consejo Universitario N°2583-2018.

Lima, 13 de enero de 2022

DR. JHONY DE LA CRUZ VARGAS
Director del Curso Taller de Tesis



Dr. Oscar Emilio Martínez Lozano
Decano (e)



UNIVERSIDAD RICARDO PALMA

FACULTAD DE MEDICINA HUMANA

MANUEL HUAMÁN GUERRERO

**VIII CURSO TALLER PARA LA TITULACION POR TESIS
MODALIDAD VIRTUAL**

CERTIFICADO

Por el presente se deja constancia que la Srta.

GERALDINE MIRIAM RODRIGUEZ ROMERO

Ha cumplido con los requisitos del CURSO-TALLER para la Titulación por Tesis Modalidad Virtual durante los meses de setiembre, octubre, noviembre, diciembre 2021 y enero 2022, con la finalidad de desarrollar el proyecto de Tesis, así como la culminación del mismo, siendo el título de la tesis:

FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS A DEPRESIÓN POSPARTO EN PUÉRPERAS ATENDIDAS EN EL PUESTO DE SALUD MALVINAS Y CENTRO DE SALUD IMPERIAL- CAÑETE DURANTE EL PERIODO SETIEMBRE-DICIEMBRE 2021. CON LA PROPUESTA DE DOS AUTORES.

Por lo tanto, se extiende el presente certificado con valor curricular y valido por 06 conferencias académicas para la sustentación de tesis respectiva de acuerdo a artículo 14° de Reglamento vigente de Grados y Títulos de Facultad de Medicina Humana aprobado mediante Acuerdo de Consejo Universitario N°2583-2018.

Lima, 13 de enero de 2022

DR. JHONY DE LA CRUZ VARGAS
Director del Curso Taller de Tesis



Dr. Oscar Emilio Martínez Lozano
Decano (e)

ANEXO 8. MATRIZ DE CONSISTENCIA

PROBLEMA	OBJETIVO	HIPÓTESIS	VARIABLE	DISEÑO METODOLÓGICO	POBLACIÓN Y MUESTRA	TÉCNICA E INSTRUMENTO	PLAN DE ANÁLISIS DE DATOS
¿Cuáles son los factores de riesgo asociados a depresión posparto en puérperas atendidas en el Puesto de salud Malvinas y Centro de salud Imperial - Cañete durante el periodo Septiembre-Diciembre 2021?	<p><u>OBJETIVO GENERAL</u></p> <p>Determinar cuáles son los factores de riesgo asociados a depresión posparto en puérperas atendidas en el Puesto de salud Malvinas y Centro de salud Imperial - Cañete durante el periodo Septiembre-Diciembre 2021?</p>	<p><u>HIPÓTESIS GENERAL</u></p> <p>Los factores de estudio están asociados a depresión posparto en puérperas atendidas en el Puesto de salud Malvinas y Centro de salud Imperial - Cañete en el periodo Setiembre-Diciembre 2021</p>	<p>Variable dependiente:</p> <p>Depresión posparto</p>	<p>Estudio observacional, analítico, cuantitativo y transversal.</p>	<p>La población que se estudiará está conformada por todas las puérperas que reciben atención y seguimiento en el Puesto de Salud Malvinas y Centro de Salud Imperial -Cañete Lima durante el periodo septiembre-diciembre 2021.</p> <p>Muestra:</p> <p>La muestra fue conformada por un grupo de 146 puérperas atendidas en Puesto de Salud Malvinas y Centro de Salud Imperial-Cañete durante el periodo de septiembre a diciembre del 2021.</p>	<p>Base de datos</p> <p>Cuestionario de Edimburgo para depresión posparto.</p> <p>Cuestionario de factores de riesgo.</p>	<p>Se consignó la información obtenida en una ficha de recolección de datos.</p> <p>Los datos recolectados fueron almacenados en el programa Microsoft Excel y posteriormente procesados en el programa estadístico STATA.</p>
	<p><u>OBJETIVO ESPECÍFICO</u></p> <p>Determinar los factores sociodemográficos asociados a la Depresión Posparto.</p>	<p><u>HIPÓTESIS ESPECÍFICA</u></p> <p>Los factores sociodemográficos están asociados a la depresión posparto.</p>	<p>Edad</p> <p>Grado de Instrucción</p> <p>Procedencia</p> <p>Estado Civil</p>	<p>Observacional: No se realizó ninguna intervención, sólo se observó variables.</p> <p>Analítico: Se estudió dos o más variables y su relación.</p> <p>Cuantitativo: Se utilizó una base de datos obtenida por encuestas y se analizará probables relaciones entre las variables a través de métodos estadísticos.</p>			
	<p>Determinar los factores gineco obstétricos asociados a la Depresión Posparto.</p>	<p>Los factores gineco obstétricos están asociados a la Depresión Posparto.</p>	<p>Control prenatal</p> <p>Paridad</p> <p>Lactancia materna inadecuada</p> <p>Antecedente de aborto</p> <p>Antecedente de muerte perinatal</p> <p>Psicoprofilaxis</p> <p>Enfermedades durante el embarazo</p>				

			<p>Tipo de parto</p> <p>Complicaciones durante el parto</p> <p>Periodo intergenésico</p> <p>Complicaciones perinatales</p> <p>Malformaciones congénitas</p>				
	<p>Determinar los factores psicológicos asociados a la Depresión Posparto.</p>	<p>Los factores psicológicos están asociados a la depresión posparto.</p>	<p>Enfermedades psiquiátricas previas</p> <p>Antecedentes familiares de trastornos mentales.</p> <p>Aceptación familiar durante el embarazo.</p> <p>Presencia de estrés</p> <p>Dificultades para cuidar a su bebé</p> <p>Dificultades para concentrarse.</p>				
	<p>Determinar los factores sociales asociados a la Depresión Posparto</p>	<p>Los factores sociales están asociados a la Depresión Posparto.</p>	<p>Embarazo no planificado.</p> <p>Apoyo por parte de la pareja.</p> <p>Violencia doméstica.</p> <p>Consumo de sustancias nocivas.</p> <p>Apoyo por parte de sus familiares.</p> <p>Apoyo económico de la pareja.</p>				

ANEXO 9. OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES

VARIABLE	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DEFINICIÓN OPERACIONAL	TIPO	NATURALEZA	ESCALA	CATEGORÍA O UNIDAD
Depresión posparto	Trastorno del estado de ánimo que puede ocurrir en el puerperio de acuerdo a las categorías de depresión Post Parto según la puntuación de la Escala de Edimburgo.	Mujeres que obtengan puntuación mayor a 13 puntos en la escala de Depresión Posnatal de Edimburgo.	Dependiente	Cualitativo	Nominal dicotómica	Si (mayor de 13) No (menor de 13)
Factores Sociodemográficos						
Edad	Tiempo que ha vivido una persona u otro ser vivo contando desde su nacimiento.	Número de años indicado en la historia clínica.	Independiente	Cuantitativa	Razón Discreta	1=< 20 años 2=20 -35 años 3=>35 años
Grado de instrucción	Es el grado más elevado de estudios realizados.	Grado de estudios en historia clínica.	Independiente	Cualitativa	Nominal	1=Superior 0=No superior
Ocupación	La condición de ser contratado en una actividad o servicio por un salario o pago.	Hace referencia a lo que la persona se dedica a su trabajo, empleo, actividad o profesión.	Independiente	Cualitativa	Nominal	1=Trabaja 0= No trabaja
Procedencia	Origen de algo o el principio de donde nace o deriva.	Lugar de residencia de la madre.	Independiente	Cualitativa	Nominal	1=Urbana 2=Rural
Estado Civil	Parámetro demográfico que indica el status de una	Condición civil de las mujeres puerperas durante la	Independiente	Cualitativa	Nominal	1= Con pareja 2= Sin pareja

	persona respecto al matrimonio, divorcio, viudez, soltería, etc	aplicación de la encuesta.				
Factores Sociales						
Embarazo no planificado.	Embarazo, generalmente accidental, que no es deseado por el progenitor o progenitores.	Embarazo no planificado por la puérpera	Independiente	Cualitativa	Nominal	1= Si 0= No
Apoyo por parte de la pareja	Con respecto si la paciente siente el apoyo de su pareja.	Siente la puérpera el apoyo de su pareja.	Independiente	Cualitativa	Nominal	1= No 2=Si
Consumo de sustancias nocivas	Agentes capaces de ejercer un efecto perjudicial sobre el cuerpo.	Consumo de sustancias durante el embarazo.	Independiente	Cualitativa	Nominal	1= Si 0=No
Apoyo por parte de los familiares.	Con respecto si la paciente siente el apoyo de su familia.	Si la encuestada siente el apoyo de su familia.	Independiente	Cualitativa	Nominal	1=Si 0=No
Apoyo económico de la pareja.	Apoyo económico de la pareja para los gastos del menor.	Si la encuestada siente el apoyo de su familia.	Independiente	Cualitativa	Nominal	1=Si 0=No
Factores psicológicos						
Enfermedades psiquiátricas previas.	Una amplia variedad de afecciones que afectan el estado de ánimo, el pensamiento y el comportamiento que ha acontecido en el pasado.	Son alteraciones de la salud mental que implican alteraciones en el pensamiento, en las emociones y/o en la conducta pero que ha sucedido anteriormente, en algún momento de la vida pasada del	Independiente	cualitativa	Nominal	1=Si 0=No

		paciente.				
Antecedentes familiares de trastornos mentales.	Diagnóstico de trastornos mentales previos realizado en uno de sus familiares.	Presencia de familiares que han sufrido trastornos mentales anteriormente.	Independiente	Cualitativa	Nominal	1=Si 0=No
Aceptación familiar durante el embarazo.	Si la encuestada ha tenido aceptación familiar durante todo su embarazo.	Si la encuestada ha tenido aceptación familiar durante todo su embarazo.	Independiente	Cualitativa	Nominal	1=Si 0=No
Violencia doméstica	Violencia mostrada por la pareja o familiares de la encuestada hacia ella en términos de palabras que la denigran y mermen su dignidad, durante su gestación	Todo tipo de violencia por parte de la pareja o familiares de la encuestada hacia ella, durante su gestación.	Independiente	Cualitativa	Nominal Dicotómica	1= Si 0=No
Evento de estrés.	Cuando la persona identifica una situación o un encuentro como amenazante, cuya magnitud excede sus propios recursos de afrontamiento, lo cual pone en peligro su bienestar.	Si sufre algún evento estresante.	Independiente	Cualitativa	Nominal	1=Si 0=No
Dificultad para cuidar a su bebé.	Problemas para un adecuado cuidado del recién nacido.	Si la encuestada presenta algún problema para cuidar adecuadamente a su menor.	Independiente	Cualitativa	Nominal	1=Si 0=No
Dificultad para concentrarse.	Un trastorno en la capacidad de atención que impide la realización de las tareas más cotidianas	Si la encuestada tiene problemas para concentrarse.	Independiente	Cualitativa	Nominal	1=Si 0=No

Factores gineco-obstétricos

Número Control Prenatal	Número de controles que la gestante realiza en un Centro de Salud para el desarrollo adecuado del producto	Número de controles prenatales previos al parto actual, considerando como adecuados mayor o igual a 6 según Norma Técnica del MINSA para Atención integral de la Gestante.	Independiente	Cuantitativo	Nominal Dicotómica	1=Si(Adecuado) 0=No(Inadecuado)
Lactancia materna inadecuada.	La lactancia materna es el proceso por el que la madre alimenta a su hijo recién nacido a través de sus senos, que segregan leche inmediatamente después del parto.	Consiste en que un bebé se alimente con la leche de su madre	Independiente	Cualitativa	Nominal	1=Si 0= No
Antecedente de muerte perinatal.	Muerte del feto o recién nacido dentro del periodo perinatal que acontece en el pasado.	La mortalidad perinatal o muerte perinatal se refiere a la muerte del feto o recién nacido dentro del periodo perinatal, es decir, desde las 28 semanas de embarazo hasta la primera semana de vida -7 días.	Independiente	Cualitativa	Nominal	1= Si 0=No
Antecedente de aborto	Pérdidas obstétricas que la encuestada presenta antes del producto actual.	Si se ha registrado en la historia clínica.	Independiente	Cualitativa	Nominal	1=Si 0=No
Psicoprofilaxis	Herramienta de prevención en la atención obstétrica,	Si ha recibido tratamiento de prevención o de refuerzo en la	Independiente	Cualitativa	Nominal	1=Si 0=No

	tiene un impacto positivo en la salud materna y perinatal.	atención obstétrica.				
Enfermedad o complicación durante el embarazo.	Comorbilidades del paciente durante la gestación.	Algunas infecciones antes y durante el embarazo pueden hacerles daño tanto a usted como a su feto en desarrollo.	Independiente	Cualitativa	Nominal	1=Si (HTA,Diabetes gestacional, preeclampsia,eclampsia,itu) 0=No
Paridad	Número total de recién nacidos a término, pretermino, abortos.	Número de partos en la vida de la paciente incluyendo el último episodio de parto.	Independiente	Cuantitativa	Ordinal	1=Nulípara (0 hijos) 2=Primípara (1 hijo) 3=Multípara(> o = a 2 hijos)
Tipo de parto.	Los diferentes tipos en el cual una mujer expulsa el feto y la placenta al final de la gestación.	Forma en la que se dio el parto. Se preguntará verbalmente y se clasificará la resolución del embarazo: cesárea, vía vaginal	Independiente	Cualitativa	Nominal	1=Cesárea 0=Parto normal
Complicaciones durante el parto.	Problemas que se presentó durante el trabajo de parto.	Problemas que pueden presentarse al momento de dar a luz.	Independiente	Cualitativa	Nominal	1= Si 2=No
Complicación neonatal.	Toda alteración médica que presenta el feto o neonato nacido de una madre desde las 28 semanas hasta el 7º día de vida.	Son patologías que ocurren durante el embarazo, parto, puerperio y en el recién nacido y ponen en riesgo la vida de la madre y del producto de la concepción.	Independiente	Cualitativo	Nominal	1=Si 0=No
Periodo intergenésico.	Aquel que se encuentra entre la fecha del último evento obstétrico y el inicio	Período transcurrido entre parto y parto.	Independiente	Cuantitativo	Continua	1=Corto:<18 meses 0= Largo:>60 meses

	del siguiente embarazo.					
Malformaciones congénitas.	Las malformaciones congénitas son defectos o anomalías que se encuentran en el cuerpo del feto y que se desarrollan durante el embarazo.	Si su bebé presenta algún tipo de malformación congénita de acuerdo a la encuesta realizada a la puérpera.	Independiente	Cualitativo	Nominal	1=Si 0=No

ANEXO 10. FICHA DE RECOLECCIÓN DE DATOS O INSTRUMENTOS UTILIZADOS

INSTRUMENTO 1 :CUESTIONARIO DE EDIMBURGO PARA DEPRESIÓN POSPARTO

ANEXO 1 - HERRAMIENTA DE TAMIZAJE

Escala de Edimburgo. Versión validada por Jadresic E, Araya R, Jara C. (*J Psychosom Obstet Gynecol* 1995; 16: 187-91)

ESCALA DE EDIMBURGO

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

En los últimos 7 días:

- | | |
|---|--|
| 1) <i>He sido capaz de reírme y ver el lado divertido de las cosas:</i>
tanto como siempre
no tanto ahora
mucho menos ahora
no, nada | 6) <i>Las cosas me han estado abrumando:</i>
sí, la mayor parte del tiempo no he podido hacer las cosas en absoluto
sí, a veces no he podido hacer las cosas tan bien como siempre
no, la mayor parte del tiempo he hecho las cosas bastante bien
no, he estado haciendo las cosas tan bien como siempre |
| 2) <i>He disfrutado mirar hacia delante:</i>
tanto como siempre
menos que antes
mucho menos que antes
casi nada | 7) <i>Me he sentido tan desdichada que he tenido dificultades para dormir:</i>
sí, la mayor parte del tiempo
sí, a veces
no con mucha frecuencia
no, nunca |
| 3) <i>Cuando las cosas han salido mal, me he culpado a mí misma innecesariamente:</i>
sí, la mayor parte del tiempo
sí, a veces
no con mucha frecuencia
no, nunca | 8) <i>Me he sentido triste o desgraciada:</i>
sí, la mayor parte del tiempo
sí, bastante a menudo
no con mucha frecuencia
no, nunca |
| 4) <i>He estado nerviosa o inquieta sin tener motivo:</i>
no, nunca
casi nunca
sí, a veces
sí, con mucha frecuencia | 9) <i>Me he sentido tan desdichada que he estado llorando:</i>
sí, la mayor parte del tiempo
sí, bastante a menudo
sólo ocasionalmente
no, nunca |
| 5) <i>He sentido miedo o he estado asustadiza sin tener motivo:</i>
sí, bastante
sí, a veces
no, no mucho
no, nunca | 10) <i>Se me ha ocurrido la idea de hacerme daño:</i>
sí, bastante a menudo
a veces
casi nunca
nunca |

INSTRUMENTO 2 : CUESTIONARIO DE FACTORES DE RIESGO

I. FACTORES SOCIODEMOGRÁFICOS:

1. Edad:
2. Grado de instrucción:
 - a. Analfabeto
 - b. Primaria
 - c. Secundaria
 - d. Superior
3. Ocupación:
 - a. Estudiante
 - b. Con Empleo
 - c. Desempleado
 - d. Independiente
 - e. Labor en casa
4. Procedencia:
 - a. Urbana
 - b. Rural
5. Estado civil:
 - a. Soltera
 - b. Casada
 - c. Viuda
 - d. Divorciada
 - e. Conviviente
6. Economía:
 - a. Alta
 - b. Media
 - c. Baja

II. FACTORES SOCIALES:

1. ¿Su embarazo fue planificado?
SI
NO
2. ¿Siente apoyo por parte de su pareja?
SI
NO
3. ¿Siente apoyo por parte de sus familiares?
SI
NO
4. ¿Recibe apoyo económico por parte de su pareja?
SI
NO

5. ¿Consume sustancias nocivas? Ejm tabaco, alcohol, etc
SI
NO

III. FACTORES GINECOOBSTETRICOS:

1. Ha asistido a 6 o más controles prenatales.
SI
NO
2. Tuvo dificultad para brindar lactancia materna exclusiva a su bebé.
SI
NO
3. ¿Has tenido algún hijo fallecido?
SI
NO
4. Antecedente de aborto
SI
NO
5. ¿Recibiste psicoprofilaxis durante tu embarazo?
SI
NO
6. ¿Presentaste alguna enfermedad o complicación durante el embarazo? ejm Diabetes Mellitus, Hipertensión arterial, anemia, Preeclampsia, Infección tracto urinario ,etc
SI
NO
7. ¿Presentes alguna complicación durante el parto?
SI
NO
8. ¿Tu bebe ha presentado alguna enfermedad o complicación durante el parto que haya requerido ser hospitalizado?
SI
NO
9. ¿Tú bebé nació con alguna malformación congénita? ejm cardiopatías, malformaciones renales, síndrome de down ,etc
SI
NO

10. ¿Después de cuánto tiempo esperaste para que salgas embarazada de nuevo? Marcar en el casillero la respuesta

- < 1 año y medio (18 meses) ()
> 5 años(60 meses) ()

11. ¿Cuántos hijos tienes?

12. Tu tipo de parto actual fue por:
Marcar en el casillero la respuesta

- Cesárea ()
Parto normal ()

IV. FACTORES PSICOLÓGICOS

1. ¿Tienes antecedentes de alguna enfermedad psiquiátrica previa? ej esquizofrenia, trastorno de bipolaridad, ansiedad, etc

- SI
NO

2. ¿Tienes antecedentes familiares de trastornos mentales?

- SI
NO

3. ¿Tuviste aceptación por parte de tu familia durante todo tu embarazo?

- SI
NO

4. Has recibido insultos por algún familiar o por tu pareja.

- SI
NO

5. Has vivido algún evento estresante durante el embarazo o el parto como la enfermedad de un ser querido, la pérdida de un ser querido, una mala noticia, etc.

- SI
NO

6. A menudo sientes preocupaciones o dificultades para cuidar a tu bebé.

- SI
NO

7. Actualmente, has tenido dificultad para concentrarte.

- SI
NO

INSTRUMENTO 3: CONSENTIMIENTO INFORMADO

CONSENTIMIENTO INFORMADO

“FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS A DEPRESIÓN POSPARTO EN PUÉRPERAS ATENDIDAS EN EL PUESTO DE SALUD MALVINAS Y CENTRO DE SALUD IMPERIAL- CAÑETE DURANTE EL PERIODO SETIEMBRE-DICIEMBRE 2021.”

La presente investigación es conducida por las estudiantes Rodriguez Romero Geraldine Miriam y Roncal Calderon Angie Guadalupe , de la Facultad de Medicina Humana de la Universidad Ricardo Palma. El objetivo de la investigación es “Demostrar cuáles son los factores riesgo asociados a depresión posparto en puérperas atendidas en el Puesto de salud Malvinas y Centro de salud Imperial - Cañete durante el periodo Setiembre-Diciembre 2021

El propósito de esta ficha de consentimiento es proveer a los participantes en esta investigación una clara explicación de la naturaleza de la misma, así como de su rol en ella como participante.

Si usted accede a participar en este estudio , se le pedirá responder preguntas en una entrevista por teléfono(o completar una encuesta virtualmente, según sea el caso) .Se procederá a tomar un test de Edimburgo , luego se aplicara un cuestionario para indagar los factores de riesgo asociados a depresión posparto.Esto tomará aproximadamente entre 10 a 15 minutos de su tiempo.

Los riesgos asociados al estudio, ya han sido estudiados y usted pasará por riesgos identificados, por lo que se ha planteado que no tendrá mayor riesgo que la población general y el estudio no tendrá costo para usted.

Los beneficios de dicho estudio para la institución será conocer y tener información sobre los factores de riesgo que predisponen a la depresión posparto; para los investigadores corresponde su beneficio profesional y académico el investigar en este campo y para las participantes el tener un poco más de información sobre los factores asociados a este evento la depresión.

Toda información que usted nos proporcione será totalmente confidencial, los nombres y apellidos de cada participante quedará a custodia del investigador, por ende la encuesta es anónima.

Si tiene alguna duda sobre este proyecto , puede hacer preguntas en cualquier momento durante su participación en él,si alguna de las preguntas durante la entrevista le parecen incómodas tiene usted el derecho de hacerlo saber a las investigadoras o de no responderlas así también al tener alguna duda o pregunta sobre su participación en este estudio , puedo contactar a las responsables de esta investigación al teléfono 932106670.

Yo, identificada con DNI N°..... , acepto participar voluntariamente en esta investigación , he sido informada que el objetivo de este estudio es demostrar cuáles son los factores riesgo asociados a depresión posparto.

La participación en este estudio es estrictamente voluntaria ,la información que se recoja será confidencial y no se usara para ningún otro propósito fuera de los de esta investigación.

Firma paciente.

Fecha: Lima Cañete , ___ de _____ del 2021.

ANEXO 11. BASES DE DATOS (EXCEL, SPSS), O EL LINK A SU BASE DE DATOS SUBIDA EN EL INICIB-URP.

https://docs.google.com/file/d/1JcqjJiZoY67dbHRtcJxVcdA4qb1m1jpA/edit?usp=docslist_api&filetype=msexcel