

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



**FACTORES ASOCIADOS A LA DEPRESIÓN
POSTPARTO: ANÁLISIS SECUNDARIO DE LA
ENCUESTA DEMOGRÁFICA Y DE SALUD FAMILIAR
DEL 2018**

PRESENTADO POR EL BACHILLER
Bachiller Caleb Josué Gonzalo Pizarro Matos

TESIS PARA OPTAR EL TÍTULO DE MÉDICO CIRUJANO

ASESORA DE TESIS
Dra. Sonia Lucía Indacochea Cáceda

**LIMA, PERÚ
2020**

AGRADECIMIENTO

Doy gracias a Dios por darme la fuerza para no rendirme y ser resiliente.

A mis padres por brindarme la vida, su amor, su confianza y su apoyo infinito imposible de avizorar no importa cuán amplia fuese la perspectiva.

Al Prof. Wilder Chanduví, por su ayuda desinteresada y consejos en el procesamiento, análisis estadístico e interpretación.

A la Dra. Lucía Indacochea, mi asesora de tesis, por su experiencia, correcciones, planificación y disponibilidad infinita de gran valor.

Agradezco también a todos los doctores que me apoyaron a lo largo de esta carrera y a los pacientes que conocí que fueron el motor de mi empeño constante y ganar me mejorar.

DEDICATORIA

**A mis padres, Gonzalo y Dione,
por creer en mí y apoyarme
incondicionalmente.**

**A Sarita y Patricia por
mostrarme que todo es
posible.**

**A mi tía Doricita, por
acompañarme y preocuparse
por mí con el corazón.**

**A mis Abuelos Ramón,
Máximo, Ubaldina y Otilia, por
ser la imagen de rectitud y
esfuerzo a la que siempre
aspiré.**

RESUMEN

Introducción: El periodo periparto presenta gran vulnerabilidad a los trastornos psiquiátricos, donde destaca la depresión postparto, por lo que han sido estudiados sus factores de riesgo, los realizados en el Perú se enfocan en poblaciones intrahospitalarias, obnubilando la población extrahospitalaria, también se encuentra ausencia de estudio multicéntricos, no permitiendo extrapolar los resultados a la población en general con la finalidad de reconocer los factores asociados y enfocar la prevención y tamizaje en las poblaciones de riesgo.

Objetivo: Determinar los factores asociados a la depresión postparto en mujeres de 15 a 49 años de edad a partir de la Encuesta Demográfica y de Salud Familiar del año 2018.

Materiales y métodos: Estudio observacional, analítico, retrospectivo, transversal y secundaria a la Encuesta Demográfica y de Salud Familiar del año 2018, la unidad de estudio fueron las mujeres de entre 15 a 439 años que se encuentren dentro del primer año posterior al parto. Se utilizaron 5 módulos de la encuesta las cuales se fusionaron realizándose posteriormente un análisis bivariado y multivariado con un $p < 0.05$ y un intervalo de confianza del 95%.

Resultados: De la muestra de 2882 mujeres se halló una prevalencia de depresión postparto de 3.12% siendo menor el grupo de departamentos de mayor pobreza, los factores asociados significativamente fueron el tipo de lugar de residencia rural ($p: 0.040$, ORa: 1.765, IC 1.025-3.040) y situación civil solera ($p: 0.040$, ORa: 1.838, IC 1.027-3.287). La variable maltrato físico de la madre durante el embarazo obtuvo asociación ($p < 0.033$), pero no significancia.

Conclusiones: El tipo de lugar de residencia rural y la situación civil soltera se asociaron significativamente a depresión postparto.

Palabras clave: Depresión Postparto, Cuestionario de salud del paciente PHQ-9, associated factors.

ABSTRACT

Introduction: The peripartum period presents a high frequency for psychiatric disorders, where postpartum depression it's the most prevalent. The studies about risk factors of postpartum depression carried out in Peru focus on in-hospital populations excluding the out-of-hospital population, multicenter studies are also absent not allowing the results to be extrapolated into the general population generating failure in recognizing associated factors, prevention and the screening in the risk populations.

Objective: To determine the associated factors of postpartum depression in women between 15 to 49 years of age from the INEI's Demographic and Family Health Survey of 2018, which was conducted in Peru by using 3 questionnaires between February and December of 2018.

Materials and methods: Observational, analytical, retrospective, cross-sectional and secondary study of the INEI's Demographic and Family Health Survey of 2018, the study unit was women between the 15 and 49 years of age who were within the postpartum first year. Five modules of the survey were used, merged and a bivariate and multivariate analysis was carried out with a $p < 0.05$ and a 95% confidence interval.

Results: From the final sample of 2882 women, the prevalence of postpartum depression was found to be 3.12 with the territorial regions with the highest poverty index being lower, the associated factors which were the most affected were the type of residence and the marital status: rural ($p: 0.040$, ORj: 1.765, IC 1,025-3,040) and single ($p: 0.040$, ORj: 1.838, IC 1.027-3.287), respectively.

Conclusions: The type of place of residence and marital status: rural and single, respectively, were significantly associated with postpartum depression.

Keywords: Postpartum Depression, Patient Health Questionnaire PHQ-9, factores asociados

INDICE

CAPÍTULO I: PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN.....	10
1.1 Planteamiento del problema.....	10
1.2 Formulación del problema.....	12
1.3 Justificación de la investigación	13
1.4 Delimitación del problema	14
1.5 Línea de Investigación	14
1.6 Viabilidad	15
1.7 Objetivos	15
CAPÍTULO II: MARCO TEÓRICO	16
2.1 Antecedentes de la Investigación.....	16
2.2 Bases teóricas.....	24
2.3 Definiciones conceptuales	36
CAPÍTULO III: HIPÓTESIS Y VARIABLES.....	37
3.1 Hipótesis de investigación	37
CAPÍTULO IV: METODOLOGÍA.....	39
4.1 Tipo y diseño de estudio.....	39
4.2 Población y muestra	40
4.3 Técnicas e instrumentos de recolección de datos.....	42
4.4 Técnica de procesamiento y análisis de datos	43
4.5 Aspectos éticos de la investigación.....	43
4.6 Limitaciones de la investigación	44
CAPÍTULO V: RESULTADOS Y DISCUSIÓN	45
5.1 Resultados	45
5.2 Discusión de Resultados	54
CAPÍTULO VI: CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES	61
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	62
ANEXOS.....	72

INTRODUCCIÓN

La depresión posparto es el trastorno mental más relevante del periodo posterior al parto, presenta la sintomatología de un episodio depresivo mayor y si no es tratado puede extenderse por más de un año usualmente agravándose. Afecta a más de 100 millones de mujeres y trae consecuencias tanto para la madre como para la salud del niño, pudiendo conllevar en un cuadro severo al suicidio, motivo por el cual diversas instituciones como la Academia Americana de Obstetricia y Ginecología recomiendan su cribado oportuno y seguimiento continuo.

Se ha estudiado extensamente los factores que resultan asociados a la depresión postparto, la bibliografía internacional refiere factores de riesgo principales como, antecedente de depresión, violencia doméstica, complicaciones en el embarazo, edad materna adolescente, ausente soporte social; sin embargo, la bibliografía muestra inconsistencias respecto algunos de estos en estudios originarios de diferentes países con características sociodemográficas y culturales diferentes, factores de tipo sociodemográficos, ginecoobstétricos, de violencia familiar o factores de salud. Respecto a los estudios nacionales, hay ausencia de estudios multicéntricos, y casi la totalidad de estos se realizaron en poblaciones intrahospitalarias, hecho que no permite reflejar nuestra realidad pues de excluye a las madres que se encuentran en domicilio, con ausencia de controles prenatales y partos no institucionales.

Debido a esta problemática que requiere ser resuelta se diseñó estudio por medio de un análisis secundario basado en la Encuesta Demográfica y de Salud Familiar del año 2018 que nos permite conocer las características de la población extrahospitalaria así como encontrar cuales son los grupos de mayor riesgo en donde se deben focalizar los esfuerzos y futuros estudios.

CAPÍTULO I: PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN

1.1 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Los Trastornos mentales han resurgido en la actualidad como patologías de gran relevancia por su incremento en incidencia y prevalencia, dentro de estas patologías la depresión adquiere gran preponderancia, afectando a más de 300 millones de personas, con una prevalencia mundial de 8% a 12%, aproximadamente el doble del género femenino respecto al masculino y es la principal causa de discapacidad y de años de vida perdidos por discapacidad (AVPD) en todo el mundo según la Organización Mundial de la Salud (OMS)^{1,2,3}.

El Trastorno depresivo es una enfermedad de etiología multifactorial caracterizada por estado de ánimo deprimido, intereses disminuidos, función cognitiva deteriorada y síntomas vegetativos, como sueño o apetito alterados, esta es catalogada en el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales por la Asociación Mental de Psiquiatría, quinta edición (DSM-5), donde está enlistado el trastorno depresivo mayor con prevalencias de 3 a 16.9% a nivel mundial, provoca el 40% de las alteraciones de capacidades dentro de los trastornos mentales y una frecuencia de tratamiento de solo 40% pese a ser tratable^{3,4,5}.

El período periparto, caracterizado por cambios biológicos, físicos, sociales y emocionales que impulsan a modificaciones adaptativas, es vulnerable a los trastornos psiquiátricos, donde destaca la depresión periparto, definida por DSM-5 como la presencia de un episodio depresivo mayor que ocurre durante el embarazo o dentro de las 4 semanas posteriores al parto y surge del concepto de depresión postparto descrita en la edición previa del manual (DSM-4) como la depresión mayor posparto iniciada dentro de las 4 semanas posteriores al parto, este cambio en el especificador de “postparto” a “periparto” es explicada debido a que hasta la mitad de los casos identificados en posteriores al parto tuvieron su

origen en la etapa del embarazo; sin embargo, estas definiciones no están separadas y el concepto de depresión postparto es aún usada. Respecto a la circunscripción temporal en la definición de depresión postparto de 4 semanas, esta ha sido criticada debido a que los síntomas pueden mantenerse por encima de las 4 semanas y la clínica puede manifestarse recién por encima de las 6 semanas; por tal motivo, los estudios epidemiológicos suelen tamizar la depresión postparto usando márgenes más amplios entre 3 meses hasta 1 año posterior al parto^{5,6,7,8}.

La depresión postparto es la complicación más frecuente posterior al parto, con una prevalencia mundial de 10% según el Centro de Control y Prevención de Enfermedades (CDC) y de 5% a 25% según el Colegio Americano de obstetricia y ginecología (ACOG)^{9,10}. La prevalencia internacional es variada encontrándose en Etiopía 19%, Kenia 20%, Nigeria 22.9%, Pakistán 22.3%, Sudan 16,3%, Egipto 7.1%, China 18%, Estados Unidos 14.8%^{11,12}. En Latinoamérica las prevalencias de depresión postparto suelen ser mayores comparadas a los países europeos: México 32.6%, Chile 22% con un riesgo de recurrencia de 25%, Colombia 57%, Argentina 12%, Brasil 12 a 37%, República dominicana^{12,13,14}. En Perú un estudio realizado en el Hospital Goyeneche de Arequipa encontró una prevalencia de 15.79% el año 2014; en Lima, en el Hospital Dos de Mayo, se halló una prevalencia de 59.4% el año 2017 ^{15,16,17}.

La depresión postparto puede potenciarse con el tiempo y tiene consecuencias potencialmente graves en la salud de la madre y el recién nacido¹². Las madres pueden presentar como consecuencia mayor ansiedad, menor calidad de vida, percepción de mayores problemas financieros y eventos negativos, mayor descuido del hogar, función social mermada, mayor prevalencia de ideación suicida. Respecto al infante, hay menor ganancia de peso y talla en el primer mes patrones de sueño alterados, desarrollo motor grueso y fino alterado a los 12 y 18 meses respectivamente, así como efectos indirectos en el desarrollo cognitivo y del lenguaje, alteraciones en los procesos de enfermedad como mayor frecuencia de episodios diarreicos al año, más días de diarrea por episodio

en los 3 primeros meses, pudiendo afectar su calidad de vida con un aumento de riesgo de morbilidad y un incremento del riesgo de mortandad a los 6 y 12 meses, a su vez afecta al binomio madre-hijo desarrollándose una pobre vinculación afectiva a los 6 meses, percepción de problemas en la lactancia, lactancia discontinuada, menor pudiendo conllevar en el suicidio^{18,19}.

Debido a lo descrito se han elaborado e incorporado instrumentos de Tamizaje que permitan desarrollar estudios epidemiológicos tales como la Escala de Depresión Postparto de Edimburgo (PPDS) y el Cuestionario de salud del paciente de 9 ítems (PHQ-9). Se han realizado diversas investigaciones hallándose varios factores de riesgo tales como antecedentes de depresión, inadecuado apoyo social y financiero, adolescente, violencia de pareja íntima, antecedentes de abuso físico, embarazo no deseado, mala salud física perinatal, insatisfacción de la imagen corporal, dificultad para amamantar, duración corta de la lactancia o embarazo complicado y resultados neonatales adversos; sin embargo, se encuentra cierta heterogeneidad en los resultados, esto debido a que los países industrializados en los cuales se han desarrollado la gran mayoría de estudio presentan diferentes características socioeconómicas por lo tanto no pueden extenderse a países de otra región²⁰. Los factores de riesgo de Depresión postparto también suelen variar a lo largo del tiempo, ello aunado al hecho de que la bibliografía respecto a los factores de riesgo postparto en el Perú es limitada y circunscrita a establecimientos de salud y hospitales fue de vital importancia realizar una nueva investigación nacional actualizada¹⁴.

1.2 FORMULACIÓN DEL PROBLEMA

Tomando en cuenta lo planteado, se desprende la siguiente interrogante:

¿Cuáles son los factores asociados a la depresión postparto en mujeres de 15 a 49 años de edad según la Encuesta Demográfica y de Salud Familiar del año 2018?

1.3 JUSTIFICACIÓN DE LA INVESTIGACIÓN

La depresión postparto es una enfermedad de gran prevalencia, que se ha incrementado en la última década, destacando en los países que presentan déficit en los diversos índices de desarrollo y es subestimada a pesar de traer consecuencias graves para la madre y el infante. La depresión postparto no recibe un tamizaje adecuado y a pesar de ser tratable hay un bajo índice de pacientes tratados.

La depresión postparto es un problema de salud pública importante con un gran potencial para constituirse como una enfermedad prevenible, motivo por el que es necesario el estudio periódico de sus factores de riesgo

Los factores de riesgo de la depresión postparto han sido motivo de diversos estudios, la extensa literatura internacional ha permitido identificar diversos factores de riesgo; sin embargo, existe disparidad en los resultados las investigaciones, esto debido a las diferentes características socioculturales de cada comunidad, por lo que estos no pueden generalizarse. Respecto a los estudios nacionales la bibliografía es escasa y no existen estudios multicéntricos que nos permitan avizorar el panorama del Perú, por lo que este estudio pretende encontrar factores de riesgo significativos que sean representativos para el Perú.

En caso de demostrar asociación significativa de los factores de riesgo de depresión postparto estudiados, será posible reconocer a los grupos de riesgo de la depresión postparto en el Perú y a su vez facilitará la implementación de intervenciones preventivas efectivas.

1.4 DELIMITACIÓN DEL PROBLEMA

La presente investigación se encuentra delimitada por las variables dispuestas en la Encuesta Demográfica y de Salud Familiar (ENDES) del año 2018.

Respecto a la Delimitación de las especialidades de Medicina humana: estará contenida dentro de Psiquiatría, Ginecología y Obstetricia.

Respecto a la delimitación espacial, este estudio utilizará la información recabada del ENDES que abarco zonas urbanas y rurales de las 24 regiones del país y la Provincia Constitucional del Callao.

Respecto a la delimitación temporal, el estudio comprenderá el periodo de febrero hasta diciembre del año 2018.

La realización de esta investigación cuenta con asesoramiento de un especialista calificado

1.5 LÍNEA DE INVESTIGACIÓN

El presente estudio de investigación se enmarca dentro de las Prioridades Nacionales de Investigación en Salud del Perú 2019-2023 elaborado por el Instituto Nacional de Salud y aprobado mediante la Resolución ministerial N° 658-2019/ MINSA. Estas prioridades de salud se encuentran enumeradas, siendo que este trabajo de investigación se enmarca en las siguientes: Noveno problema sanitario: Salud Materna, Perinatal y Neonatal, que incluye en sus ítems el estudio de causas, determinantes y repercusiones de la morbilidad materna extrema y mortalidad materna perinatal, incluyendo edades extremas; y el décimo problema sanitario: Salud Mental, que incluye la investigación del estado de salud mental

negativa y positiva de la población peruana, según etapas de vida y condiciones de vulnerabilidad, carga de morbilidad, brecha de atención según área demográfica y el estudio de los factores asociados en la depresión, violencia, las conductas adictivas, las psicosis y las demencias en las diferentes etapas de vida²¹.

1.6 VIABILIDAD

La Encuesta Demográfica y de Salud Familiar (ENDES) diseñada por el Instituto Nacional de Estadística e Informática (INEI) fue llevada a cabo por personal adecuadamente capacitado y siguiendo un protocolo establecido. La base de datos de ENDES 2018 se encuentra disponible en la página web del INEI sección microdatos, siendo esta de acceso libre el con propósito de difundir y promover la investigación²².

1.7 OBJETIVOS

GENERAL

Determinar los factores asociados a la depresión postparto en mujeres de 15 a 49 años de edad a partir de la Encuesta Demográfica y de Salud Familiar del año 2018.

ESPECÍFICOS

- 1. Estimar la prevalencia de la depresión postparto en el Perú el año 2018.**
- 2. Determinar si los factores sociodemográficos están asociados a la depresión postparto en mujeres de 15 a 49 años de edad a partir de la Encuesta Demográfica y de Salud Familiar del año 2018.**

3. **Determinar si los factores ginecoobstétricos están asociados a la depresión postparto en mujeres de 15 a 49 años de edad a partir de la Encuesta Demográfica y de Salud Familiar del año 2018.**
4. **Determinar si los antecedentes de violencia familiar están asociados a la depresión postparto en mujeres de 15 a 49 años de edad a partir de la Encuesta Demográfica y de Salud Familiar del año 2018**
5. **Determinar si los factores de salud están asociados a la depresión postparto en mujeres de 15 a 49 años de edad a partir de la Encuesta Demográfica y de Salud Familiar del año 2018.**

CAPÍTULO II: MARCO TEÓRICO

2.1 ANTECEDENTES DE LA INVESTIGACIÓN

Antecedentes Internacionales

Hartmann J, Mendoza R, et al²³. (2017) “Depresión entre puérperas: prevalencia y factores asociados”, realizaron un estudio descriptivo, analítico de corte transversal con el fin de hallar la prevalencia y factores de riesgo asociados a la depresión postparto en puérperas dentro de las 48 horas posteriores al parto atendidas en dos hospitales y las atendidas en parto domiciliario de la ciudad de Rio Grande, Rio Grande do Sul, Brasil entre enero y diciembre del 2013, se utilizó un cuestionario que incluyó la Escala de Depresión Postparto de Edimburgo (EPDS) como instrumento para el hallazgo de la sintomatología depresiva, la muestra fue de 2687, se realizó un análisis de regresión multivariado con un nivel de confianza de 95%, la prevalencia de la depresión postparto fue de 14% (IC 95%, 12.9-15.6), se encontró asociación significativa a la depresión postparto dentro de las 48 primeras horas con los siguientes factores: edad materna de 25-39 años (0,70 (0,54-0,91), 30 a más años (OR 0,77 (0,61-0,98), un hijo previo (OR 1,64 (1,28-2,09), 2 o más hijos previos (OR 2,80 (2,15-3,65), años de escolaridad materna de 9 a 11 años (OR 0,76 (0,61-0,94), 12 a más años (OR 0,64 (0,44-0,92), madre con pareja, (OR 0,74 (0,59-0,93), depresión a lo largo

de la vida (OR 1,48 (1,2-1,81), tristeza dentro de los últimos 3 meses (OR 4,67 (3,67-5,94), historia de depresión en la familia (OR 1,33 (1,10-1,61), fumó durante el embarazo (OR 1,26 (1,02-1,57), embarazo planificado (OR 0,73 (0,60-0,88), apoyo óptimo de equipo familiar (OR 0,77 (0,61-0,96), madre acompañada todo el tiempo (OR 0,47 (0,29-0,74) y morbilidad en un embarazo 1,55 (1,24-1,94) o dos o más embarazos (2,27 (1,77-2,87).

Hahn J, Cornwell T, et al²⁴. (2017): “Predictores económicos y de salud de la prevalencia nacional de depresión postparto: Una revisión sistemática, meta-análisis y meta-regresión de 291 estudios de 56 países”, desarrollaron un meta-análisis con el fin de estimar la prevalencia de la depresión postparto global e investigar los factores que predicen las variaciones en las prevalencias entre países, mediante la recopilación de estudios en PubMed, PsychINFO y CINAHL entre los años 1985 y 2015 y que utilicen la herramienta Escala de depresión postparto de Edimburgo para el estudio de depresión postparto, se incluyó 291 estudios y 296 284 mujeres resultando una prevalencia global de depresión postparto de 21%, mediante una meta-regresión se encontró significancia en la mayor desigualdad en riqueza; el índice de GINI, que esclareció el 41% de las variaciones; el PBI *per capita*, y el porcentaje elevado de mujeres jóvenes que trabajaban igual o más de 40 horas por semana, estos tres últimos factores económicos descritos, analizados en conjunto lograron predecir el 73.1% de la variación de prevalencias de depresión postparto; los predictores de salud como la tasa de mortalidad materna, mortalidad infantil, mayores tasas de fertilidad total predijeron el 26.03% de la variación de la prevalencia, respecto a los predictores sociodemográficos, no ayudaron en las predicciones. En conjunto las variables económicas y de salud lograron predecir el 73.1% de la variabilidad de la prevalencia internacional. La gran variación de prevalencias entre países tiene como vertientes en gran medida la desigualdad de riquezas y factores de salud materno-infantiles, varios países contaban con pocos estudios.

Fiala A, Svancara J, et al²⁵. (2017): “Factores de riesgo sociodemográficos y del parto para desarrollar depresión posparto en una muestra de 3233 madres del estudio checo ELSPAC”, Realizaron un estudio tomando información de un estudio observacional y analítico previo desarrollado con la finalidad de identificar los principales factores de riesgo para el desarrollo de depresión postparto en utilizando como base de datos el Estudio Longitudinal Europeo del Embarazo y la Infancia (ELSPAC) en su versión Checa abarca la población de embarazadas y nacimientos de las regiones Checas de Brno y Znojmo entre periodo de 1991 y 2011, la muestra total se redujo a 3233, numero de púérperas que completaron los cuestionarios prenatal, 6 semanas postparto y 6 meses postparto. El instrumento usado para el estudio de la depresión postparto fue la Escala de depresión postnatal de Edimburgo, se realizó una análisis de regresión logística con un intervalo de confianza del 95% y un $p < 0.05$, la prevalencia de depresión postparto entre 10 y 12%. El análisis multivariado halló variables significativas, dentro de los factores prenatales: los antecedentes personales de depresión (OR 2.1, IC 1.2-3.6), antecedentes de depresión del abuelo materno (OR 1.8, IC 1.1-3.1), educación secundaria (OR 0.6, IC 0.4-0.9), y la presencia de estresores psicosociales (OR 1.07, IC 1.04-1.09); dentro de los factores postnatales a las 6 semanas postparto: los antecedentes personales de depresión (OR 2.7, IC 1.5-4.9), madre viviendo sola (OR 2.4, IC 1.1-5.6), y la presencia de estresores psicosociales (OR 1.10, IC 1.07-1.13); y dentro de los factores postnatales a los 6 meses postparto: la infelicidad de la madre por estar embarazada (OR 2.5, IC 1.3-4.7), y primípara (OR 0.6, IC 0.4-0.9).

Abebe A, Tesfaw G, et al¹¹. (2019): “Depresión postparto y factores asociados entre las madres en la ciudad de Bahir Dar, en el noroeste de Etiopía”, realizaron un estudio observacional analítico de corte transversal con el objetivo de evaluar la prevalencia y los factores sociodemográficos, psicosociales, clínicos y obstétricos asociados a la depresión postparto en púérperas que se encuentren dentro de los 6 meses posteriores al parto, la

población estudiada fue de diferentes centros de salud de la ciudad de Bahir Dar ubicada al noroeste de Etiopía en el periodo de mayo a junio del 2018, Se uso un cuestionario elaborado que incluye la escala de apoyo social de 3 ítems de Oslo, el Cuestionario de Detección de Eventos de Vida Estresante (SLESQ) y la Escala de Depresión Postnatal de Edimburgo (EPDS), este último como herramienta de detección de depresión postnatal. De obtuvo una prevalencia de depresión postparto de 22.1%, Los factores se analizaron por regresión logística bivariante y multivariante, con un nivel de confianza del 95% y un $p < 0.05$, para la inclusión el análisis multivariante de tomo en cuenta un $p < 0.2$. Los factores son asociación significativa en el análisis multivariante fueron eventos estresantes en la vida (OR 4.46, IC 2.64, 7.54), autonomía de la madre en la toma de decisiones (OR 4.26, IC 2.54-7.14, Recién nacido hospitalizado (OR 2.24, IC 1.17-4.31), embarazo planificado (OR 1.86, IC 1.02-3.41), violencia de la pareja íntima (OR 3.16, IC 1.76-5.67), en análisis bivariante incluye a antecedente familiar de enfermedad mental (OR 2.18, IC 1.13-4.2) si el familiar fuera solo cercano (OR 3.7, IC 1.90- 7.10) y parto instrumental (OR 2.03, IC 1.1-3.70).

Bitew T, Hanlon C, et al²⁶. (2019): “Predictores prenatales de síntomas depresivos posnatales incidentes y persistentes en Etiopía rural: un estudio prospectivo basado en la población”, elaboraron un estudio observacional, analítico de cohorte con la finalidad de encontrar los predictores prenatales de síntomas depresivos postnatales, y de detectar depresión prenatal estudiar si estos también son predictores de persistencia en la etapa postnatal, la población estudiada fueron mujeres de 15 años a más que se encuentran en el segundo o tercer trimestre de embarazo que serán reevaluadas entre la 4 a 12 semana posterior al parto en el distrito de Sodo, zona de Gurage perteneciente a la Región de las Naciones, Nacionalidades y Pueblos del Sur (SNNPR) de Etiopía reclutadas entre setiembre a diciembre del 2014 estudiando a la población en total disponible 1311 mujeres tomada mediante visitas domiciliarias. El punto de corte de 4 semanas fue par diferencial la depresión postparto del blues postparto basados en el DSM-IV, el instrumento para la detección de la

depresión postparto incidental y persistente usando el punto de corte de 5 o más puntos. Se uso para el análisis la Regresión de Poisson buscando la razón de riesgo corregida (cRR) Los factores predictivos significativos para síntomas depresivos postnatales incidentales fueron el puntaje total de PHQ-9 (aRR 1.29, IC 1.15, 1.45), y con la salvedad del margen inferior, los autores consideran también el Puntaje de Violencia de la Pareja (aRR 1.06- IC 1.00, 1.12), no fueron significativos la intención de quedar embarazada, el ingreso familiar bajo, residencia rural, madre alfabetizada, condiciones crónicas de la madre, antecedente de resultado perinatal adverso, complicaciones del embarazo autoinformadas, número de eventos amenazantes a la vida, paridad y uso de bebidas alcoholicas, no se encontraron factores predictivos dentro de las variables estudiadas.

Azad R, Fahmi R, et al²⁷. (2019): “Prevalencia y factores de riesgo de depresión posparto dentro de un año después del nacimiento en barrios marginales urbanos de Dhaka, Bangladesh”, realizaron un estudio observacional, analítico, transversal con la finalidad de evaluar factores de riesgo de la depresión postparto en 376 puérperas dentro del primer año postparto de 3 barrios marginales, Korail en Gulshan, Sattala en Mohakhali, Mohammadpur en Mohammadpur, país de Bangladesh entre noviembre y diciembre del año 2017, los síntomas depresivos se detectaron mediante la Escala de depresión postnatal de Edimburgo, los factores de riesgo de desprendieron de tres herramientas validadas en su país: la Encuesta demográfica y de salud de Bangladesh (BDHS), la Encuesta de salud urbana de Bangladesh (BUHS) y la Violencia doméstica contra la mujer de la OMS de donde se obtuvieron factores socioeconómicos, relacionados al embarazo, de apoyo familiar y violencia de pareja, se realizó un análisis bivariado y multivariado mediante el modelo de regresión múltiple. La prevalencia de la depresión postparto fue de 39.4%, se halló asociación significativa con razón de prevalencia ajustada con los factores, profesión reciente con trabajo (1.9, IC 1.1-3.3), trabajo perdido por el embarazo (1.5, IC 1.0-2.1), embarazo no planificado (1.8. IC 1.3-2.5), reporte de al menos un síntoma de depresión durante la gestación reportado (2.5, IC 1.7-3.8), y violencia de pareja antes o durante el embarazo (2.0, IC 1.2-3.3); el análisis

univariado encuentra asociación también en madre con 3 o más hijos; ausencia de educación, costo del parto significativo o que haya requerido préstamo; estrés antenatal percibido; y comparte sentimientos con su pareja a veces, rara vez o nunca.

Antecedentes Nacionales

Romero G²⁸. (2016): “Relación entre características sociodemográficas y riesgo de depresión postparto en puérperas de la Clínica Good Hope Noviembre de 2015”, realizó un estudio observacional, analítico, correlacional, con el fin de determinar la relación entre factores sociodemográficos tales como edad, paridad, tipo de parto, estado civil, escolaridad y planeamiento del embarazo con respecto al riesgo de depresión postparto, cubriendo el total de puérperas inmediatas y mediatas mayores de 18 años atendidas en el servicio de Ginecología y Obstetricia y que ingresaron por motivo de parto de la Clínica Good Hope de Miraflores en Lima, Perú durante el periodo del año 2015 obteniéndose una población de 110 pacientes. Se utilizó como herramienta para el screening de Depresión postparto la Escala de Depresión Postnatal de Edimburgo recurriendo a un análisis bivariado mediante el test exacto de Fisher con una confianza de 95%, $p < 0.05$ y un error máximo de 5%. Los resultados mostraron un riesgo de depresión postparto de 20% y no se encontró asociación alguna de factores sociodemográficos estudiados: edad, paridad, tipo de parto, estado civil, escolaridad y embarazo planeado.

Atencia S²⁹. (2015): “Factores de riesgo para la depresión posparto en madres adolescentes atendidas en el hospital nacional Daniel Alcides Carrión durante abril – junio, 2015”, mediante un estudio observacional, analítico transversal de tipo casos y controles con una muestra de 180 puérperas inmediatas de 15 a 19 años atendidas en el Hospital Daniel Alcides Carrión de Lima el año 2015 se investigó la asociación de la

depresión postparto con posibles factores de riesgo, se utilizó como instrumento la Escala de Depresión Postparto de Edimburgo, el análisis se realizó mediante chi cuadrado obteniéndose como resultados asociados a depresión postparto haber sido hospitalizada durante el embarazo (OR 3.29, IC 1.73-6.23), complicación durante el parto (OR 8.08, IC 2.96-22.07), tipo de parto cesárea (OR 3.08, IC 1.38-6.87), dificultad para la lactancia materna exclusiva (OR 2.60, IC 1.42-4.76), recién nacido hospitalizado por complicación (OR 13.69, IC 1.74-107.70), Insultos de familiares o pareja (OR 3.29, IC 1.76-6.14), sensación de ansiedad (OR 2.81, IC 1.41-5.59), Sensación de melancolía (OR 3.01, IC 1.58-5.70), Sensación de culpabilidad (OR 3.29, IC 1.76-6.14), Dificultad para concentrarse (OR 2.50, IC 1.17-5.46), dificultad en la crianza (OR 11.13, IC 1.39 – 88.85), Embarazo no deseado (OR 2.38, IC 1.23 – 4.60), Depresión anterior a la gestación (OR 5.73, IC 2.94 – 11.15), Vivencia de hecho estresante (OR 3.81, IC 2.03 – 7.16), apoyo emocional de la pareja (OR 3.96, IC 1.84 - 8.51), buena relación con la pareja (OR 42.31, IC 5.61 – 318.93), Pareja cuenta con trabajo (OR 7.82, IC 2.59 - 23.63), Apoyo económico de la pareja (OR 32.36, IC 4.27 – 245.3), Consumo de sustancias nocivas (OR 5.24 ,IC 1.6 – 45.74), concluyéndose que los principales factores de riesgo son la falta de apoyo económico de la pareja, la mala relación con la pareja y la hospitalización del recién nacido causada por complicación. El autor recomienda realizar investigaciones tomando en cuenta poblaciones más grandes.

Macedo K, Marquina P, et al³⁰. (2019): “Factores asociados a síntomas depresivos en madres con hijos hospitalizados en unidades de pediatría y neonatología en Perú: estudio de casos y controles”, realizaron un estudio observacional, analítico, tipo caso y control buscando identificar los factores de riesgo para el desarrollo de la depresión postparto en la población de puérperas cuyos hijos menores de 1 año de edad fueron atendidos en hospitalización en la unidad de pediatría y neonatología de dos hospitales de Huancayo, Junín en el periodo del año 2017 trabajándose con muestra de 122 puérperas, el instrumento utilizado para la detección

de depresión postparto fue la Escala de Depresión Postparto de Edimburgo. Mediante un análisis bivariado y utilizando el test de chi cuadrado un análisis bivariado donde se obtuvo con un índice de confianza del 95% y un $p < 0.05$ factores asociados tales como estado civil de la madre soltera (OR 4.38, IC 1.95-0.87), condición laboral desempleada (OR 6.84, IC 2.59-18.07), relación de pareja sin problemas graves (OR 0.286, IC 0.099-0.826) y Planificación del embarazo (OR 3.28, IC 1.54-6.96), otros factores estudiados que no obtuvieron asociación significativa fueron edad, escolaridad, procedencia, apoyo, paridad, antecedente de aborto, tipo de parto, controles prenatales y aumento de peso.

Córdova J³¹. (2017): “Factores asociados a depresión postparto en puérperas atendidas en Hospital II-2 Santa Rosa durante septiembre-diciembre, 2017”, elaboró un estudio observacional, analítico transversal para determinar los factores asociados a la depresión postparto en puérperas que se encuentren entre la sexta y octava semana postparto atendidas en el Hospital de la Amistad II-2 Santa Rosa de Piura en el periodo de setiembre a diciembre del año 2017, el instrumento utilizado para estudiar la depresión postparto fue la Escala de Depresión Postparto de Edimburgo, se realizó un muestreo no probabilístico obteniéndose una muestra 125 puérperas, se realizó un análisis bivariado y multivariado con un nivel de confianza del 95% y un $p < 0.05$ empleándose el chi cuadrado y el t de student, se halló una prevalencia de 34% y como factores significativamente asociados la edad entre 18 y 34 años (OR 1.62, IC 1.01-1.99), nivel de instrucción analfabeto (OR 12,35 IC 8,32-24,22) y solo primaria (OR 18,67, IC 10,32-29,65), incapaz de cuidar al neonato (OR 8,17, IC 8,04-8,65), sin apoyo familiar (OR 1.56, IC 1.02-2.37), antecedente familiar de depresión (OR 2.99, IC 1.92-4.66), diagnóstico de depresión previo de la madre (OR 1.97, IC 1.13-3.44) y diagnóstico previo de depresión postparto (OR 1.07, IC 1.01-1.12); sin embargo, hubieron factores sin asociación tales como: estado civil, procedencia sea rural o urbana, paridad, tipo de parto, abortos, padecimiento de enfermedad de la madre, padecimiento de enfermedad del neonato, Lactancia materna exclusiva.

Young C³². (2017): Factores asociados a depresión posparto en puérperas del servicio de obstetricia del Hospital Nacional Arzobispo Loayza, Se realizó un estudio observacional, analítico de corte transversal con el fin de determinar la frecuencia y factores asociados a la depresión postparto así como la frecuencia de ideación suicida en puérperas hospitalizadas dentro de las 24 horas postparto atendidas en el servicio de obstetricia del Hospital Nacional Arzobispo Loayza el mes de junio del año 2016 mediante un muestreo no probabilístico obteniéndose una muestras de 209 puérperas, el instrumento para el estudio de la depresión postparto fue la Escala de Depresión Postparto de Edimburgo. Los factores sociodemográficos, ginecoobstétricos, de antecedentes de depresión, antecedentes de violencia familiar estudiados fueron comparadas mediante la prueba de U de Mann-Withney y analizadas mediante chi cuadrado y la prueba exacta de Fisher con un nivel de confianza del 95% y un $p < 0.05$. Se halló que la frecuencia de 26.32% de depresión postparto, 13.87% de ideación suicida y dentro de las puérperas con depresión postparto 89.66% presentaron ideación suicida. Respecto a los factores con asociación significativa a depresión postparto, estos fueron: afirma tener hijos previos (OR 2.03, IC 1.04-3.94), abortos previos (OR 3.34, IC 1.71-6.51), menos de 6 controles prenatales (OR 3.92, IC 1.84-8.35), episodio depresivo previo (OR 3.57, IC 1.23-10.38), episodio depresivo durante la gestación (OR 15.3, IC 1.75-134.09), discute con pareja (OR 4.75, IC 2.41-9.34), sufrió violencia previa al embarazo por pareja (OR 24.8, IC 2.89-201.8) u otros (OR 13.81, IC 1.50-126.83), sufrió violencia durante el embarazo por pareja (OR 6.97, IC 2.00-24.28) u otros (OR 31.14, IC 1.64-589.71), presencia de ideación suicida (OR 45.13, IC 12.81-159.00).

2.2 BASES TEÓRICAS

La enfermedad psiquiátrica relacionada a la etapa posparto se definió inicialmente como un grupo de trastornos relacionados con el embarazo y el parto separado de los otros tipos de enfermedades psiquiátricas; sin embargo, la evidencia actual sugiere que la enfermedad psiquiátrica posparto es técnicamente indistinta de las patologías psiquiátricas de la

mujer que ocurren en cualquier etapa de la vida, por lo que las mujeres con depresión periparto deben ser evaluadas por trastorno bipolar, psicosis posparto y riesgo suicida^{33,34}. Usualmente las madres sufren de una alteración del estado de ánimo transitoria y leve a moderada, catalogada como depresión posparto, entre el 10 a 15% presentan una depresión más persistente e incapacitante, y entre el 0.1 al 0.2% de las mujeres experimentan psicosis posparto³³.

La depresión, el trastorno del estado de ánimo más común en la población general, presenta su pico inicial durante los años de edad reproductiva. Es una complicación frecuente del embarazo y el período posparto, afectando a 1 de 7 mujeres³⁵.

La Depresión Postparto

La depresión posparto es contemplada por la presencia un episodio depresivo mayor dentro de las 4 semanas postparto y/o embarazo dependiendo del especificador, el Colegio Americano de Obstetricia y Ginecología (ACOG) define la depresión periparto como la presencia de un episodio depresivo menor o mayor que debe ocurrir durante el embarazo o dentro de los 12 meses póstumos al parto, la Clasificación Internacional de Enfermedades de la OMS en su décima revisión (CIE-10) toma en cuenta las 6 primeras semanas postparto y el Centro para el Control y la Prevención de Enfermedades (CDC) extiende el período de riesgo a los 12 meses, estas diferencias entre los periodos de inicio de los síntomas es una línea crucial de investigación^{36,37}.

La definición del DSM-IV respecto al DSM-5 muestra una variación de “postparto” a “periparto”, lo que representa una modificación del periodo de aparición de los síntomas relevantes de depresión posparto que abarcaban las 4 semanas posteriores y con el nuevo denominador incluyen el tiempo de embarazo; sin embargo, los criterios de diagnóstico se siguen aún manteniendo: Es necesario 5 de 9 síntomas de los criterios de

trastorno depresivo mayor durante por lo menos 2 semanas, debiendo incluir necesariamente los 2 primeros ítems, el estado de ánimo deprimido y la anhedonia, pérdida de interés o placer^{5,34}.

Criterios para depresión mayor, y por tanto depresión postparto, son los siguientes⁵:

- 1. Estado de ánimo deprimido la mayor parte del día, casi todos los días, como lo indica un informe subjetivo u observación hecha por otros.**
- 2. Disminución notablemente de interés o del placer en todas, o casi todas, las actividades la mayor parte del día, casi todos los días.**
- 3. Pierde de peso significativa sin estar en dieta. aumenta de peso, disminuye o aumenta el apetito casi todos los días.**
- 4. Insomnio o hipersomnia casi todos los días.**
- 5. Agitación o retraso psicomotor casi todos los días (observable por otros, no solo sentimientos subjetivos de inquietud o desaceleración).**
- 6. Fatiga o pérdida de energía casi todos los días.**
- 7. Sentimientos de inutilidad o culpa excesiva o inapropiada (que puede ser delirante) casi todos los días (no solo el reproche a si mismo o la culpa por estar enfermo).**
- 8. Disminución de la capacidad de pensar o concentrarse, o indecisión, casi todos los días (ya sea subjetiva de si misma o según lo observado por otros).**
- 9. Pensamientos recurrentes de muerte (no solo miedo a morir), ideación suicida recurrente sin un plan específico, o un intento de suicidio o un plan específico para suicidarse.**

A pesar de la definición de DSM-5 los expertos en el campo mantienen en uso el concepto de depresión posparto extendiéndose al primer año posparto independientemente del momento de inicio, esto es explicado por el hecho de que los síntomas se pueden prolongar superando las 4 semanas y usualmente agravándose; por otro lado, existe un pico de presentación de nuevos casos de depresión posparto entre los 2 a 3 meses posteriores al parto. DSM-5 no reconoce a la depresión postparto y periparto como dos entidades diagnósticas diferentes^{5,34}.

El estudio Wisner (2013) mostró que el 40% de la depresión en el periparto fue originada en el postparto siendo el periodo más frecuente, dentro de la patología psiquiátrica el desorden depresivo unipolar ocupó el 69% de los casos, seguido por el desorden bipolar con 23%, después del parto el 60% de las mujeres tuvieron un tamizaje positivo para depresión postparto³⁸.

La atención posparto debe ser continua, la ACOG recomienda que las madres tengan controles gineco-obstétricos póstumos al parto reforzando el concepto de “Cuarto trimestre” como un momento igual de crucial al de los 3 trimestres de embarazo, refiriendo que se debe incidir con estos controles dentro de las primeras 3 semanas posteriores al parto que pueden prolongarse según la necesidad culminando con un control antes o en la decimosegunda semana postparto³⁹.

Por tanto, la depresión postparto es una forma de presentación perinatal de trastorno depresivo mayor siendo una de las complicaciones más frecuentes del parto que está asociada a diversos resultados adversos para la madre, el infante, y la binomio madre-hijo contribuyendo con la mortalidad y la morbilidad materna⁴⁰.

El Blues Postparto

Baby blues, blues postparto, o melancolía del postparto refiere a la depresión leve que puede suscitarse durante el posparto, acompañada de síntomas de hipocondría y suele ser muy frecuente, en Estados Unidos 1 de cada 2 madres en el postparto inmediato sufre de melancolía y el 10% desarrolla depresión postparto⁴¹.

La melancolía del bebé, caracterizada por tener una corta duración, sintomatología leve y un impacto mínimo en el desempeño de las actividades, encontrándose usualmente dentro de las 2 primeras semanas postparto, refiriendo presentar la semana previa el sentirse emocional, llorar con más frecuencia, pueda ser sin motivo, no sentirse mal acerca de si misma pero un poco más irritada y preocupada de lo usual, pero puede realizar sus actividades, aún las disfruta y no hay mayores cambios en su ciclo de sueño, apetito o en su concentración, contrario a lo que se esperaría encontrar en la depresión postparto^{33,37}.

Etiología de la Depresión Postparto

Existen varias teorías explicativas para la depresión postparto, tales como alteraciones en los neurotransmisores maternos, niveles disminuidos de estrógenos, disfunción del eje hipotalámico hipofisario adrenal, disfunción tiroidea, y predisposición genética. La contribución exógena de los factores biológicos, sociales, genéticos y psicológicos en sus diversos grados refleja su carácter multifactorial; sin embargo, en la práctica la etiología no imposibilita su diagnóstico y el tratamiento adecuados⁴⁰.

Factores de riesgo de la Depresión Postparto

Factores de riesgo previos al embarazo:

Genéticos

La depresión postparto es heredable aproximadamente del 50%, esto sugiere la posibilidad de que sea un subtipo de depresión más homogénea, pero hasta la actualidad no se ha logrado encontrar una secuencia genética segura solo habiendo propuestas, tales como el polimorfismo B66F Val66Met que se complica más al tomar en cuenta las variaciones entre los diferentes alelos ligada a la ascendencia. La escasa bibliografía indica que la ascendencia genética no es un predictor de depresión postparto, por lo que es probable que ningún gen o variante individual tenga significancia biológica para este, dicho esto el sistema de puntuaciones de riesgo genético puede tener utilidad al compararse con las variaciones en la ascendencia individual de cada paciente⁴⁰.

Epigenéticos

La metilación del ADN como modificación epigenética suele activarse por factores estresantes, sean medicamentos u hormonas. La identificación de dos locus pertenecientes a los genes HP1BP3 y TTC9B y el recuento en una muestra sérica como biomarcadores en particular ha logrado predecir la depresión postparto con una precisión de 96 a 81%. La metilación del ADN en el gen del receptor de oxitocina puede ser usado como un sustituto del recuento sanguíneo^{40,42}.

Moléculas Neuroactivas

La Alopregnanolona un metabolito de la progesterona modulador alostérico positivo del receptor GABA-A es un potencial predictor de la depresión postparto aún en estudio⁴⁰.

La beta-endorfina, neuropéptido opioide que guarda relación con el eje hipotálamo-hipofisario-adrenal, lo que lo convierte en un candidato atractivo para la asociación con PPD, es un predictor de depresión

postparto a las 25 semanas, requiere de mayores estudios para su aplicación a la clínica⁴⁰.

El Cortisol es componente de un modelo predictivo en conjunto con la interleuquina 8 y interleuquina 10 que predice la posibilidad de depresión postparto hasta dentro de las 6 semanas posteriores al parto, el cortisol estudiado como único factor no presenta poder predictivo⁴⁰.

La CRH, la hormona liberadora de corticotropina, presenta una caída brusca después del parto previo a niveles elevados en el embarazo, patrón similar al que siguen las hormonas reproductivas; pero a diferencia de estas la CRH ha demostrado que su medición a la semana 25 tiene poder predictivo para predecir depresión postparto a las 4 semanas postparto, se han realizado estudios similares con CRH con resultados positivos, un incremento de CRH entre las semanas 29 y 37 de embarazo en la CRH están asociados con clínica posterior de depresión postparto, CRH puede ser un biomarcador viable en el futuro, requiere de la estandarización de las investigaciones⁴⁰.

Hormonas

La oxitocina puede ser un predictor de depresión postparto en el período posparto inmediato tomando en cuenta mediciones séricas en el embarazo, niveles elevados de oxitocina pueden predecir la severidad para depresión postparto en mujeres con antecedentes de depresión mayor⁴⁰.

La hormona estimulante de la tiroides (TSH), la tiroxina (T4), la triyodotironina (T3) y la Además, la peroxidasa tiroidea (TPO) y la globulina fijadora de tiroides (TBG) fueron estudiadas como posibles predictores de depresión postparto. Niveles de TSH en el parto por encima de 4.0 mU / L se asociaron con un mayor riesgo de depresión postparto a los seis meses postparto, esta asociación es alentadora y requiere ser replicada. Las mujeres TPO positivas dentro de las semanas 16 y 25 del embarazo tienen más posibilidad de padecer de depresión postparto seis meses después

del parto, con un riesgo es cuatro veces mayor con las mediciones en la semana 10 a 12, ello permite pensar en mecanismos inmunes relacionados a la depresión postparto, estos hallazgos recientes necesitan ser replicados⁴⁰.

Marcadores inflamatorios

Los marcadores inflamatorios pueden ser más que solo asociados con depresión postparto, hay un incremento de las células T reguladoras entre las semanas 34 a 38 en pacientes que desarrollan depresión postparto pudiendo predecir significativamente su aparición, la interleuquina-6 y la proteína C reactiva de alta sensibilidad también han logrado predecir independientemente depresión postparto en algunos modelos, actualmente la evidencia es heterogénea posiblemente asociada a la diversidad étnica y de parámetros en los estudios, por lo que las futuras investigaciones requieren de mayor rigurosidad⁴⁰.

Historia psiquiátrica

Los Antecedentes psiquiátricos del paciente tales como la ansiedad, depresión postparto, otros trastornos del ánimo y de la personalidad pueden predecir significativamente un riesgo mayor para depresión postparto, considerados como su mejor predictor, los antecedentes familiares son relevantes también, el trastorno bipolar y cualquier otra enfermedad psiquiátrica, los modelos predictivos multifactoriales y hallazgos de validez son comunes alrededor del globo terrestre; por tanto, la detección del historial psiquiátrico mediante la revisión de la historia clínica, entrevista o autoinforme es crucial para el estudio de depresión postparto⁴².

Eventos de vida adversos

Los eventos de vida adversos son el segundo mejor predictor actual de depresión postparto como parte de los factores de riesgo ambiental, la acumulación de estos eventos vitales estresantes tiene un peso importante en el incremento de riesgo para depresión postparto, entre ellos tenemos el abuso físico, psicológico o sexual. Respecto a las interrelaciones, las parejas tienen una importancia fundamental durante el período prenatal y perinatal, los estudios sobre violencia de la pareja muestran un aumento del riesgo de depresión postparto.

Hay varios estresores crónicos dentro de los eventos adversos que no se han estudiado aún como la inmigración y discriminación. Los eventos adversos específicos en diversos periodos de la vida en casos de violencia de pareja, trauma infantil, despliegue militar, el divorcio, las dificultades financieras, la muerte de un ser querido, los desastres naturales y los conflictos masivos aumentan el riesgo de depresión postparto. Existen estudios que no hallan asociación significativa sea por la metodología de la investigación o diferencias entre sociedades⁴⁰.

Factores de riesgo perinatal

Factores Sociodemográficos

Los factores de riesgo sociodemográficos son los más estudiados al ser accesibles para el la investigación de poblacionales grandes, los más importantes son la edad, raza o etnia y la posición económica.

La edad materna se ha descrito una curva respecto a la edad de aparición de la depresión postparto en forma de U, siendo el riesgo mayor en pacientes con edades menores de 24 años y aumentando de nuevo por encima de los 35 años, esto puede deberse a los diversos períodos de estrés psicosocial y periodos donde la paciente mayormente recibe apoyo.

La bibliografía es heterogénea respecto a la asociación con depresión postparto ⁴⁰.

La raza y el origen étnico como factores de riesgo muestran discrepancias en los estudios debido a las diferencias entre su composición intrínseca y extrínseca, véase ambiental, atribuidas a la discriminación y al acceso a beneficios sociales. La raza se asocia típicamente con el color de la piel, mientras que la etnia se con la lengua y costumbres. La ascendencia genética no ha obtenido relación con la depresión postparto ⁴⁰.

La posición económica y social contribuye significativamente al riesgo de depresión postparto, los beneficios en programas sociales en Estados Unidos usados como marcadores de estatus económico bajo muestran asociación con depresión postparto, a su vez, los niveles bajos de educación están asociados con un mayor riesgo, y los mayores niveles de educación que aumentan el su riesgo. Los bajos ingresos por hogar y la situación laboral obtienen resultados divergentes⁴⁰.

Factores Obstétricos

La asociación entre la depresión y el parto prematuro muestra al primero como factor estresor que de no tratarse durante el embarazo suscita un riesgo significativamente elevado de parto prematuro comparada a las mujeres sin depresión en el embarazo. El parto prematuro también puede influir sobre la depresión postparto, hallándose asociación con un riesgo elevado; sin embargo, el tratamiento con antidepresivos dificulta la investigación al no tomarse en cuenta en los estudios⁴⁰.

La detección de los síntomas depresivos puede realizarse en una única ocasión, pero no se podrá distinguir el momento donde comenzaron los síntomas ni cuánto tiempo han estado presentes, siendo un factor que puede favorecer la confusión diagnóstica y conllevar a un tratamiento

inadecuado, esto basado en que el pronóstico depende de cuando inició el episodio depresivo^{40,37}.

Tamizaje de la Depresión Postparto

La sintomatología del trastorno depresivo mayor es inespecífica para la depresión postparto, por lo que para su tamizaje las pruebas de detección deben validarse en mujeres en el periodo periparto y postparto, actualmente las existen varias herramientas pero no se ha hallado prueba de detección como *gold standard*, aunque el uso de la Escala de Depresión postparto de Edimburgo está muy difundida en la actualidad³⁷.

La depresión perinatal suele camuflarse dentro de los cambios propios del embarazo, por tanto los cambios en el ciclo de sueño y vigilia, alteraciones del apetito y la libido sumado a la desinformación por parte de la paciente puede llevar a un sesgo en el diagnóstico, por lo que se debe planificar la búsqueda de síntomas de forma multidisciplinaria; por tanto, el tamizaje es insuficiente por si solo, por tanto una vez detectada la patología, el paciente debe complementarse con un seguimiento e incorporar tratamiento adecuado³⁵.

Entre las bondades del tamizaje se encuentra la identificación del riesgo de suicidio permitiendo su prevención oportuna, permite restaurar la actividad funcional de la madre y; por tanto, proveer de estabilidad en la familia, reducir la mortalidad materna y riesgo de morbilidad. Para ACOG, los instrumentos de tamizaje validados que son útiles para la búsqueda sistemática de mujeres con depresión postparto son mostradas en la siguiente tabla³⁵:

Tabla: Instrumentos de Tamizaje de Depresión Postparto

Instrumento	Número de ítems	Tiempo para completar (minutos)	Sensibilidad y Especificidad
La Escala de Depresión Postnatal de Edimburgo	10	<5	S 50-100% E 49-100%
Escala de Cribado de Depresión Postparto	35	5-10	S 91-94% E 72-98%
Cuestionario de Salud del Paciente 9	9	<5	S 75% E 90%
Inventario de Depresión de Beck	21	5-10	S 47.6-82% E 85.9-89%
Inventario de Depresión de Beck II	21	5-10	S 56-57% E 87-100%
Escala de Depresión del Centro de Estudios Epidemiológicos	20	5-10	S 60% E 92%
Escala autoevaluativa de Depresión de Zung	20	5-10	S 45-89% E 77-88%

S: especificidad, E: sensibilidad. FUENTE: ACOG Committee Opinion no. 630

La Escala de Depresión Postnatal de Edimburgo, incluye preguntas de que buscan reconocer la ansiedad y excluye síntomas constitucionales, motivo por el cual es usualmente elegida para las investigaciones. Los síntomas constitucionales no son excluidos de los instrumentos como el Cuestionario de salud del *paciente*, del nombre en inglés *Patient health questionnaire* de 9 (PHQ-9); Inventario de Depresión de Beck; la Escala de Depresión del Centro de Estudios Epidemiológicos y la Escala Autoevaluativa de Depresión de Zung, lo que conlleva a una reducción de la especificidad, pero no las descalifica como herramientas aceptables para depresión postparto. El Cuestionario de salud del paciente 9 y la Escala de depresión postnatal de Edimburgo tienen la ventaja de ser más fáciles de aplicar por su poca extensión de preguntas. Los resultados de las herramientas de tamizaje deben ser correlacionados al contexto clínico de la paciente³⁵.

2.3 DEFINICIONES CONCEPTUALES

- **Depresión Postparto:** Depresión de moderada a intensa en una mujer posterior al parto que se puede presentar hasta un año más tarde²⁷.
- **Alfabetización:** Conjunto de competencias cognitivas de lectura y de escritura, en cálculo y aquellas que permiten acceder al conocimiento y a la información⁴⁷.
- **Planificación de la fecundidad** Respecto al embarazo actual refiere si el embarazo fue planeado, o si lo hubiera deseado para algún tiempo posterior, o definitivamente fue un embarazo no deseado⁴⁸.
- **Control prenatal** Práctica recomendada por la OMS, como una medida para identificar oportunamente riesgos en la gestación, promover un crecimiento del niño y evitar complicaciones en la madre y el feto⁴⁹.
- **Cantidad óptima de controles prenatales** Considerada según MINSA cuando se tiene un mínimo de 6 controles prenatales⁵⁰.
- **Parto institucional:** Parto que es atendido dentro de una institución de salud por personal especializado, donde hay menor riesgo tanto para la madre como para el recién nacido, e implica no solo la vigilancia estrictamente de la parturienta, sino que también considera a igual nivel los aspectos psico-afectivos, culturales y sociales relacionados con la maternidad, teniendo en cuenta que es un proceso natural y lleno de amor y de vida⁵¹.

CAPÍTULO III: HIPÓTESIS Y VARIABLES

3.1 HIPÓTESIS DE INVESTIGACIÓN

Hipótesis general

Existen factores asociados a la depresión postparto en mujeres de 15 a 49 años de edad según la Encuesta Demográfica y de Salud Familiar del año 2018.

Hipótesis específicas

- 1. La prevalencia de la depresión postparto es alta en el Perú el año 2018.**
- 2. Los factores sociodemográficos están asociados a la depresión postparto en mujeres de 15 a 49 años de edad a partir de la Encuesta Demográfica y de Salud Familiar del año 2018.**
- 3. Los factores ginecoobstétricos están asociados a la depresión postparto en mujeres de 15 a 49 años de edad a partir de la Encuesta Demográfica y de Salud Familiar del año 2018.**
- 4. Los antecedentes de violencia familiar están asociados a la depresión postparto en mujeres de 15 a 49 años de edad a partir de la Encuesta Demográfica y de Salud Familiar del año 2018.**
- 5. Los factores de salud están asociados a la depresión postparto en mujeres de 15 a 49 años de edad a partir de la Encuesta Demográfica y de Salud Familiar del año 2018.**

Variables Principales de la investigación

El presente estudio clasifica las variables independientes en 4 grupos:

Factores sociodemográficos: Tipo de lugar de residencia, edad de la madre, grado instrucción de la madre, alfabetización, situación civil casada o conviviente, edad del hijo, índice de riqueza.

Factores gineco-obstétricos: Planificación de la fecundidad, cantidad óptima de Controles prenatales, parto por cesárea.

Antecedentes de violencia familiar: Maltratada físicamente por su pareja durante el embarazo

Factores de Salud: Consumo de bebida alcohólica al menos en una ocasión en los últimos 12 meses, fumó cigarrillos al menos en una ocasión en los últimos 12 meses

CAPÍTULO IV: METODOLOGÍA

4.1 TIPO Y DISEÑO DE ESTUDIO

El presente estudio es de tipo observacional, analítico, retrospectivo, de corte transversal y datos secundarios.

Observacional puesto que no se realizarán intervenciones; analítico pues se determinó si hay asociación entre las variables y la depresión postparto, retrospectivo debido a que las tomas de muestra fueron hechas el 2018 tomadas en dos tiempos, correspondientes a las dos submuestras del primer y segundo semestre, tipo transversal debido a que la toma de muestras mediante el cuestionario se realizó en una sola ocasión, y de datos secundarios debido que la de investigó a partir de los resultados de una encuesta poblacional previa, la Encuesta Demográfica y de Salud Familiar (ENDES) del año 2018, la cual está publicada y de uso libre en la base de microdatos del Instituto Nacional de Estadística e informática (INEI). El presente trabajo de investigación fue realizado en el contexto del V Curso Taller de Titulación por Tesis según la metodología publicada⁵².

Operacionalización de variables

Las variables son descritas mediante el uso de un cuadro esquemático que toma en cuenta el nombre, la definición operacional, tipo, naturaleza, escala de medición, indicador y definición operacional de cada variable estudiada tanto dependiente como independiente, el cual se muestra en la tabla pertinente del Anexo 2.

4.2 POBLACIÓN Y MUESTRA

Población

Constituida por todas las mujeres con edades entre 15 a 49 años que se encuentran dentro del primer año posterior al parto del Perú en el periodo de febrero a diciembre del 2018.

Muestra

Tamaño muestral

El cálculo del tamaño muestral de la ENDES 2018 fue realizado por el Instituto Nacional de Estadística e informática (INEI). Se utilizó información estadística y cartográfica para la selección de la muestra originaria que fue tomada de los Censos Nacionales XI de Población y VI de Vivienda del 2007, así como de la versión actualizada del Sistema de Focalización de Hogares (SIFOH) del periodo 2012-2013, la cobertura del estudio fue de todo el país, realizada a nivel departamental, por área urbana y rural.

Las unidades de muestreo primarias y secundarias del ENDES 2018 fueron las siguientes: en el área urbana, el conglomerado y la vivienda particular; y en el área rural, el área de empadronamiento rural y la vivienda particular, respectivamente, fue bietápica, pues se realizaron dos submuestras semestrales, la primera de febrero a junio y la segunda de julio a diciembre del año 2018, constituyéndose una muestra total de 3254 conglomerados y 36760 viviendas.

La unidad de análisis esta investigación estuvo conformada por todas mujeres registradas en el Encuesta Demográfica y de Salud Familiar del año 2018 que cumplan los criterios de inclusión y exclusión.

Tipo de muestreo

La muestra fue del tipo bietápica, probabilística, por muestreo equilibrado, mediante el método del cubo, estratificada e independiente.

Criterios de selección de la muestra

Criterios de inclusión

- **Mujeres de edad mayor o igual a 15 años y menor o igual a 49 años en el Perú de febrero a diciembre del año 2018**
- **Mujeres que hayan respondido los ítems de todas las variables en estudio de la Encuesta demográfica y de Salud Familiar del 2018.**
- **Mujeres que tengan menos de 1 año transcurrido posterior al parto**

Criterios de exclusión

- **Mujeres de edad menor a 15 años o mayor o igual de 50 años en el Perú de febrero a diciembre del año 2018**
- **Mujeres que no hayan respondido los ítems de todas las variables en estudio de la Encuesta demográfica y de Salud Familiar 2018.**
- **Mujeres que tengan de 1 año o más transcurrido posterior al parto o no sean madres.**

4.3 TÉCNICAS E INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS

Para la materialización de este estudio se usó una fuente de datos secundaria que fue recogida por el Instituto Nacional de Estadística e Informática del Perú por medio de 3 cuestionarios que componen la Encuesta demográfica y de Salud Familiar del 2018, las cuales son el Cuestionario de Hogar, Cuestionario Individual de la Mujer y el Cuestionario de Salud.

La variable dependiente, la depresión postparto, fue estudiada mediante el instrumento *Patient Health Questionnaire* de 9 ítems (PHQ-9) validada, traducida y contextualizada para nuestro medio, siendo recomendado su uso por la ACOG^{36,43,44}. Esta herramienta se encuentra incluida en el Cuestionario de Salud de la ENDES 2018, pregunta 700. Cada ítem del PHQ-9 recibe una puntuación de 0 a 3, sumando un rango total de puntos de mínimos y máximos de 0 y 27 respectivamente. Usando como base los estudios previos de Depresión postparto se determinó el punto de corte a utilizar de 10 o más puntos para determinar si se padece de depresión postparto, y menos de 10 puntos que no la padece^{45,46}. El instrumento PHQ-9 se encuentra en Anexo 4. Las variables independientes forman parte de los distintos ítems contenidos en los 3 cuestionarios que conforman el ENDES 2018.

4.4 TÉCNICA DE PROCESAMIENTO Y ANÁLISIS DE DATOS

Los datos fueron analizados utilizando el programa SPSS 25.0 licencia con adquirida por el Instituto de Investigación en Ciencias Biomédicas de la Universidad Ricardo Palma, se utilizaron los módulos de la base de microdatos organizadas en archivos de SPSS (.sav) que contienen los resultados de las variables de interés, la variable dependiente se encuentra contenida en el módulo CSALUD01 y la variables independientes en los módulos CSALUD01, REC21, REC0111, REC41 y REC84DV del ENDES 2018, posteriormente estas se unificaron por usando las variables que rotulan cada caso las cuales son CASEID y HHID, luego se procedió con el análisis univariado complejo utilizando los factores de ponderación contenidos en el módulo CSALUD01 derivados de la variable PESO15_AMAS, para las variables cualitativas se construyeron tablas de frecuencias y contingencia, a continuación se realizó un análisis bivariado buscando determinar la fuerza de asociación utilizando la F de Rao-Scott y posteriormente modelos lineales generalizados (GLM) con distribución binomial o Poisson y función de enlace logístico con un $p < 0.05$ y un nivel de confianza de 95%, las variables que resultaron significativas del análisis bivariado fueron analizadas con los cálculos de los *Odds Ratio* crudos (Orc) y posteriormente ajustados (ORa).

4.5 ASPECTOS ÉTICOS DE LA INVESTIGACIÓN

El presente estudio se acogió a los lineamientos éticos de investigación en salud propuestos en la Declaración de Helsinki. Los entrevistadores del ENDES 2018 obtuvieron el consentimiento informado previo a la realización de la encuesta, adjuntado en el anexo 3, asegurándose la confidencialidad de la información expuesta mediante la recolección por medio de códigos para cada entrevistada, así mismo fue evaluada por el comité de ética de la Facultad de Medicina humana de la Universidad Ricardo Palma.

4.6 LIMITACIONES DE LA INVESTIGACIÓN

Este estudio está limitado al contenido que dispone la Encuesta Demográfica y de Salud Familiar del año 2018 como fuente secundaria, pues no fue diseñada para el estudio específico de la depresión postparto, empero la información que se ofrece es suficiente y tiene validez.

CAPÍTULO V: RESULTADOS Y DISCUSIÓN

5.1 RESULTADOS

Descripción y análisis bivariado

La muestra principal inicial de mujeres de 15 a 49 años fue de 70689, de las cuales se descartó aquellas mujeres que no se encontraban dentro del primer año posterior al parto obteniendo una muestra de 3973, luego se eliminaron los casos que no representaban al hijo como parte del único o último embarazo con la finalidad de evitar datos repetidos respecto a la madre, disminuyendo a 3938, también se excluyó los casos con datos perdidos, mujeres que no completaron las preguntas de las variables de *Patient Health Questionnaire* de 9 ítems, maltrato físico por pareja durante el embarazo, consumo de bebida alcohólica al menos en una ocasión en los últimos 12 meses, y fumar cigarrillo al menos en una ocasión en los últimos 12 meses, siendo la cantidad de casos 72, 622, 519 y 72 respectivamente, así como los las opciones de las variables de cantidad óptima de controles prenatales: “no sabe” y consumo de bebida alcohólica al menos en una ocasión: “no sabe, no recuerda”, las cuales corresponden a 8 casos resultando una muestra final de 2882. Se decidió excluir al variable grado de instrucción por presentar 2169 datos perdidos equivalente a más del 50% de la muestra.

Se utilizaron los factores de ponderación de cada mujer para poder estimar los porcentajes en este estudio, hallándose por este medio una prevalencia de depresión postparto fue de 3.12 % contra un 96.88% que no presenta esta entidad, tal como se muestra en la tabla 1.

Tabla 1: Distribución de la depresión postparto

	n	%
Con depresión postparto	105	3.12%
Sin depresión postparto	2777	96.88%
Total	2882	100.0%

Fuente: Metadatos ENDES 2018

Respecto a la edad materna, se desprende de la tabla 2 que al compararla ante la presencia de la depresión postparto se encuentra una distribución distinta, las mujeres sin depresión postparto tienen a seguir una distribución normal con mayor densidad entre 23 a 24 años de 11.95% tal como se muestra en el gráfico 2, mientras que las mujeres con depresión postparto presentan tres picos entre 20 a 21 años de 13.25%, 26 a 27 años de 16.73% y 34 a 35 años de 18.18%, como se muestra en el gráfico 1.

Tabla 2: Presencia de depresión posparto según rangos de edades

Rangos por edades	Con depresión postparto		Sin depresión postparto	
	n	%	n	%
15 - 16	1	0.23%	22	0.80%
17 - 18	5	5.90%	105	3.74%
19 - 20	7	6.20%	200	7.78%
21 - 22	8	10.69%	235	9.02%
23 - 24	6	7.12%	283	11.95%
25 - 26	12	10.23%	278	10.51%
27 - 28	15	13.92%	261	8.73%
29 - 30	5	2.52%	294	9.61%
31 - 32	5	6.06%	291	8.56%
33 - 34	13	9.73%	237	8.73%
35 - 36	16	18.67%	209	7.15%
37 - 38	4	2.85%	156	5.20%
39 - 40	2	2.82%	103	3.76%

41 - 42	5	2.67%	60	2.81%
43 - 44	0	0.00%	32	1.11%
45 - 46	1	0.39%	10	0.50%
47 - 48	0	0.00%	1	0.01%
Total	105	100%	2777	100%

Fuente: Metadatos ENDES 2018

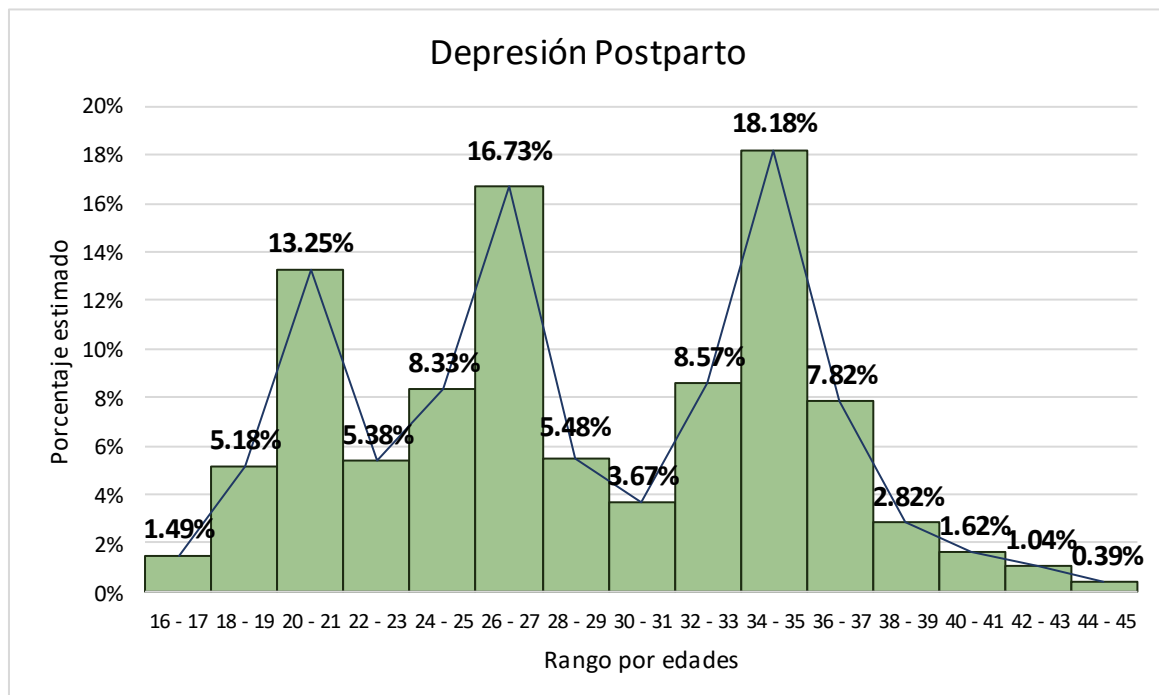


Gráfico 1: Histograma de porcentajes estimados de mujeres con depresión postparto según rangos de edades. Fuente: metadatos ENDES 2018. Fuente: Metadatos ENDES 2018

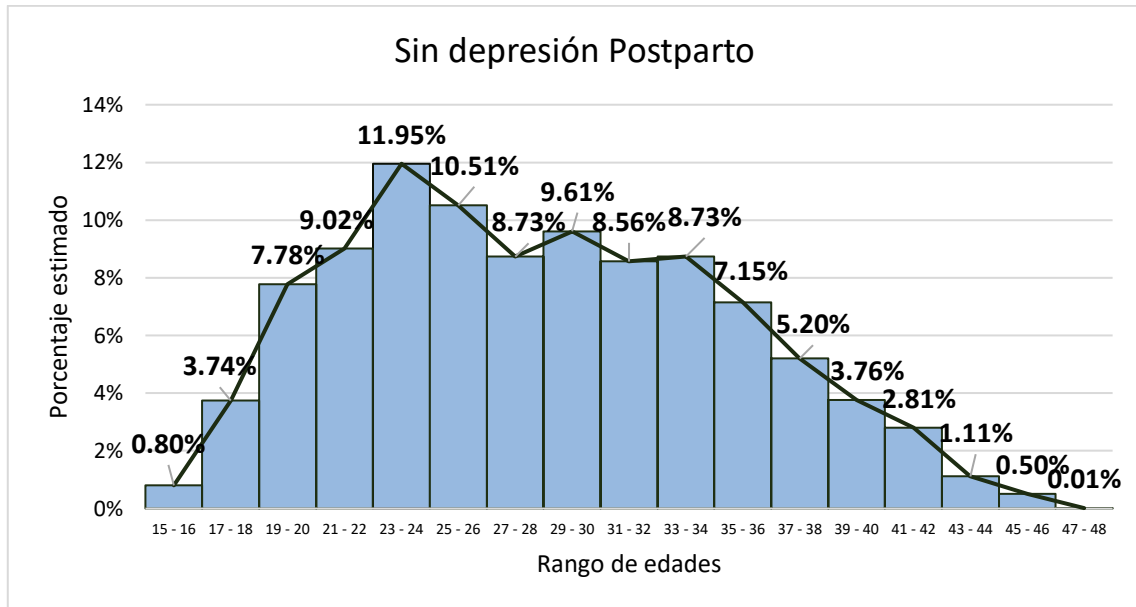


Gráfico 2: Histograma de porcentajes estimados de mujeres sin depresión postparto según rangos de edades. Fuente: metadatos ENDES 2018. Fuente: Metadatos ENDES 2018

La tabla 3 muestra una comparativa del tiempo transcurrido desde el parto en meses agrupada, donde se puede comparar los porcentajes estimados de las mujeres con depresión postparto frente a las que no lo tienen, encontrándose una mayor densidad de 7 a 11 meses de 3.30% con depresión postparto frente a 96.88% sin esta, seguida por el grupo de 1 a 3 meses con porcentajes estimados de 3.13% frente a 96.87% respectivamente.

El tiempo transcurrido después del parto dentro del primer año en las mujeres con depresión postparto como se muestra la gráfico 3 presenta cuatro cimas como se vislumbra en el gráfico 3, la primera a los 2 y 3 meses con porcentajes estimados de 10.92% y 9.40% respectivamente, la segunda a los 6 meses con 11.68%, la tercera a los 8 y 9 meses con 13.17% y 13.12% respectivamente y la cuarta de 9.85%.

Tabla 3: Presencia de depresión postparto según el tiempo transcurrido desde el parto

Tiempo transcurrido desde el parto	Con depresión postparto		Sin depresión postparto		Total
	n	%	n	%	
Menos de 1 mes	6	2.25%	116	97.75%	122
1 a 3 meses	22	3.13%	609	96.87%	631
4 a 6 meses	28	2.98%	766	97.02%	794
7 a 11 meses	49	3.30%	1286	96.70%	1335
Total	105	3.12%	2777	96.88%	2882

Fuente: Metadatos ENDES 2018.

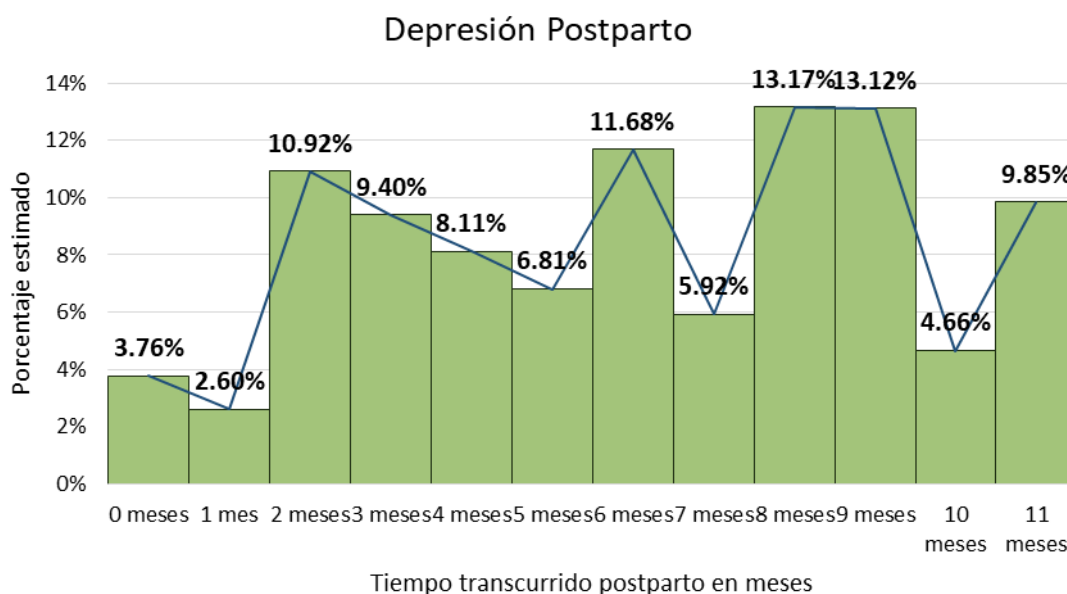


Gráfico 3: Porcentajes estimados de depresión postparto según el tiempo transcurrido desde el parto. Fuente: Metadatos ENDES 2018.

Al observarse la frecuencia estimada de mujeres con depresión postparto frente a las que no lo tienen por cada departamento, observada en la tabla 4, se puede observar que el departamento con prevalencia más elevada es Huancavelica con 11.04%. Los departamentos con más de 3.12 % de prevalencia son en, orden ascendente, Ucayali, Cajamarca, Pasco, Ancash, Cusco, Ayacucho, Ica, Huánuco, Apurímac Junín, Puno y Arequipa; y los departamentos con prevalencias menores a 3.12% en orden descendente

son Piura, Madre de Dios, Moquegua, Arequipa, Callao, Tumbes, Lima, La Libertad, Lambayeque, Amazonas, Tacna, Loreto y San Martín.

Tabla 4: Depresión postparto respecto según departamentos

Departamento	Depresión Postparto				Total
	Con DPP		Sin DPP		
	n	%	n	%	
Huancavelica	8	11.04%	84	88.96%	92
Puno	5	9.22%	75	90.78%	80
Junín	7	7.38%	100	92.62%	107
Apurímac	6	7.07%	96	92.93%	102
Huánuco	6	6.12%	93	93.88%	99
Ica	7	5.38%	99	94.62%	106
Ayacucho	4	5.17%	98	94.83%	102
Cusco	5	4.97%	89	95.03%	94
Áncash	4	4.76%	88	95.24%	92
Pasco	3	4.61%	85	95.39%	88
Cajamarca	4	4.30%	93	95.70%	97
Ucayali	4	3.54%	135	96.46%	139
Piura	3	3.01%	127	96.99%	130
Madre de Dios	3	2.63%	91	97.37%	94
Moquegua	2	2.58%	74	97.42%	76
Arequipa	2	2.51%	99	97.49%	101
Callao	3	2.26%	107	97.74%	110
Tumbes	3	2.21%	108	97.79%	111
Lima	14	2.20%	375	97.80%	389
La Libertad	2	1.97%	103	98.03%	105
Lambayeque	3	1.94%	115	98.06%	118
Amazonas	2	1.69%	112	98.31%	114
Tacna	3	1.64%	101	98.36%	104
Loreto	1	0.89%	115	99.11%	116
San Martín	1	0.77%	115	99.23%	116
Total	105	3.12%	2777	96.88%	2882

Fuente: Metadatos ENDES 2018. La Tabla 5 refleja la distribución de mujeres con o sin depresión postparto y su valoración en 5 grupos según el índice de riqueza, donde los porcentajes estimados de las mujeres con depresión postparto se distribuyen de mayor a menor como muy pobre, 25.39%; rico, 23.64%; medio, 22.08%; pobre, 21.22%; y muy rico, 7.68%; mientras que los porcentajes estimados de las mujeres sin depresión postparto llevan la distribución pobre, 24.30%; medio 22.74%; rico, 18.54%; muy rico, 17.83%; y muy pobre, 16.59%.

Tabla 5: Depresión postparto según el índice de riqueza*

Índice de riqueza*	Depresión Postparto				Total
	Con depresión postparto		Sin depresión postparto		
	n	%	n	%	
Muy pobre	37	25.39%	781	16.59%	818
Pobre	27	21.22%	745	24.30%	772
Medio	18	22.08%	563	22.74%	581
Rico	15	23.64%	398	18.54%	413
Muy rico	8	7.68%	290	17.83%	298
Total	105	100%	2777	100%	2882

* Índice de riqueza según la categorización en la ENDES 2018.

Fuente: Metadatos ENDES 2018.

El gráfico 4 nos muestra un diagrama de dispersión de las prevalencias de depresión postparto enfrentada a las prevalencias del índice de riqueza muy pobre ambas por departamento departamentos, cada una representada por un punto que grafica una línea de tendencia es ascendente.

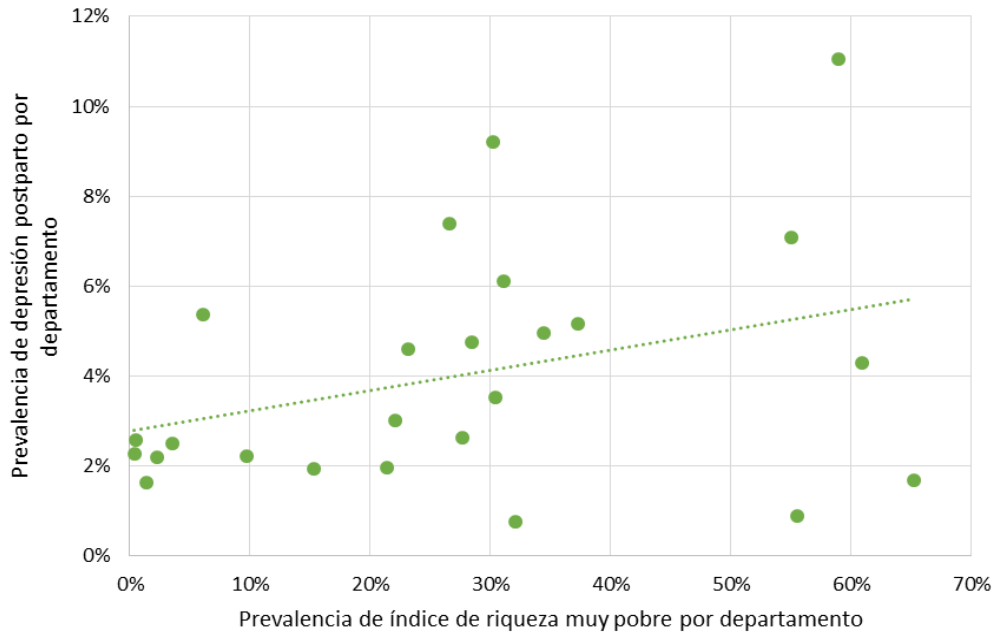


Gráfico 4: Diagrama de dispersión de las prevalencias de depresión postparto según departamento versus las prevalencias del índice de riqueza muy pobre. Fuente: Metadatos ENDES 2018.

Los resultados del análisis bivariado de las variables de estudio, con excepción del factor excluido grado de instrucción, muestran significancia estadística para tipo de residencia rural con un $p = 0.046$, razón de momios de 1.727 e intervalo de confianza al 95% de 1.004 a 2.969 y situación civil soltera con un $p = 0.045$, razón de momios de 1.801 e intervalo de confianza al 95 % de 1.006 a 3.225. No se encontró significancia estadística para los factores edad de la madre menor a 20 años, edad del a madre mayor a 35 años, alfabetización, planificación de la fecundidad, cantidad óptima de controles prenatales, parto por cesárea, ni índice de riqueza, la variable maltratada físicamente por su pareja durante el embarazo obtuvo p valor de 0.033; sin embargo, con índices de confianza contienen la unidad, consecuentemente, como se aprecia en la tabla 6. La variable Maltratada físicamente por su pareja durante el embarazo obtuvo un chi cuadrado de 4.557, con 1 grado de libertad y un p valor de 0.033, con un valor crítico de 4.709.

Tabla 6: Análisis bivariado de las factores sociodemográficos, gineco-obstétricas, de la salud, y violencia familiar con respecto a la depresión postparto

Factores	Con DPP		Sin DPP		Chi cuadrado	p valor	OR	IC 95%
	n	%	n	%				
Tipo de lugar de residencia								
Rural	37	4,7%	808	95,3%	3.998	0.046	1.727	1.004 - 2.969
Urbano	68	2,8%	1969	97,2%				
Edad de la madre								
Menor a 20 años:	7	2,5%	225	97,5%	0.305	0.720	1.341	0.370 - 4.855
20 a 35 años	80	3,3%	2085	96,7%				
Mayor a 35 años	18	2,5%	467	97,5%				
Alfabetización								
Analfabeto	3	3,6%	141	96,4%	0.050	0.823	1.165	0.305 - 4.445
No Analfabeto	102	3,1%	2636	96,9%				
Situación civil casada o conviviente								
Soltera	24	4,9%	377	95,1%	4.034	0.045	1.801	1.006 - 3.225
casada o conviviente	81	2,8%	2400	97,2%				
Planificación de la fecundidad								
No quería embarazarse en ese entonces	63	2,8%	1539	97,2%	0.447	0.504	1.220	0.457 - 1.470
Quería embarazarse en ese entonces	42	3,5%	1238	96,5%				
Cantidad óptima de Controles prenatales								
Menos de 6 controles prenatales	18	4,0%	379	96,0%	0.775	0.379	1.377	0.673 - 2.816
6 o más controles prenatales	87	3,0%	2398	97,0%				
Parto por cesárea								
Sí	29	2,2%	927	97,8%	3.021	0.082	0.585	0.317 - 1.079
No	76	3,7%	1850	96,3%				
Maltratada físicamente por su pareja durante el embarazo								
Sí	2	0,6%	94	99,4%	4.557	0.033	0.170	0.027 - 1.079
No	103	3,2%	2683	96,8%				
Índice de riqueza								
Pobre	64	3,5%	1526	96,5%	0.663	0.415	1.262	0.720 - 2.212
No pobre	41	2,8%	1251	97,2%				
Consumo de bebida alcohólica al menos en una ocasión en los últimos 12 meses								
Sí	64	3,0%	1793	97,0%	0.235	0.628	0.870	0.495 - 1.529
No	41	3,4%	984	96,6%				
Fumó cigarrillos al menos en una ocasión en los últimos 12 meses								
Sí	18	2,7%	490	97,3%	0.285	0.593	1.221	0.393 - 1.706
No	87	3,2%	2287	96,8%				

Fuente: Metadatos ENDES 2018.

Análisis multivariado

La Tabla 7 revela los resultados del análisis multivariado donde se encuentra significancia en ambos factores tiempo de lugar de residencia rural ($p < 0.04$, OR 1.765, IC 1.025-3.040) y Situación civil ni casada ni conviviente ($p < 0.04$, OR 1.838, IC 1.027-3.287).

Tabla 7: Análisis multivariado de los factores lugar de residencia y situación civil casada o conviviente asociados a depresión postparto.

Factores	<i>p</i> valor	OR	IC 95%
Tipo de lugar de residencia			
Rural	0.040	1.765	1.025 - 3.040
Urbano		0.566	0.329 - 0.975
Situación civil casada o conviviente			
Soltera	0.040	1.838	1.027 - 3.287
Casada o conviviente		0.544	0.304 - 0.973

Fuente: Metadatos ENDES 2018

5.2 DISCUSIÓN DE RESULTADOS

La depresión posparto es un problema de salud pública en todo el mundo y principalmente en países en vías de desarrollo en donde inciden las más altas prevalencias y menores medidas preventivas y de diagnóstico, así como menor cantidad de estudios de prevalencia y factores asociados, esta conlleva síntomas depresivos significativos, con consecuencias

físicas y psicológicas para la madre y su hijo, por lo que el estudio de investigación presente buscó solventar estas carencias^{54,55}.

Respecto a la prevalencia de la depresión postparto en mujeres dentro del primer año posterior al parto, se encontró una prevalencia de 3.12% y en Lima de 2.20%, cifras inferiores a las halladas Campos Vidal¹⁵ en el Hospital dos de mayo de 59.4%, esta diferencia puede deberse a que los estudios de depresión postparto en nuestro medio son hospitalarios, contrario al estudio este estudio de entrevista en viviendas, así como de la ausencia de estudios multicéntricos que permitan aproximarnos a nuestra realidad. La prevalencia encontrada Arequipa de 2.51%, del mismo modo que en Lima, es inferior a la mostrada por Toro Valencia¹⁶ de Arequipa del hospital Goyeneche de 15.79%. Tomando en cuenta el uso del instrumento *Patient health questionnaire de 9 ítems* de este estudio, la mayoría de los estudios hospitalarios en Latinoamérica utilizan la Escala de Depresión Postparto de Edimburgo, por lo cual no son muy comparables al diferir en metodología y población de estudio.

Este trabajo de investigación buscó determinar la asociación entre 12 posibles factores asociados a depresión postparto, logrando analizar 11 de ellos, debido al exceso de datos perdidos en los casos de la variable grado de instrucción. Se consiguió probar una asociación significativa con 2 de estas, encontrándose concordancias.

El habitar en una residencia de tipo rural incrementa 1.765 veces más el riesgo de que se padezca de depresión postparto comparado las mujeres que habitan en una residencia de tipo urbana con un p valor de 0.040 y un intervalo de confianza al 95% de 1.025 a 3.040, hallazgo similar al estudio de Rincón y Ramírez⁵⁶ en Colombia ($p < 0.001$, OR: 2.43, IC 2.06-2.97), lo que evidencia el gran peso de los factores psicosociales como gatillo para la depresión postparto. Cabe destacar que dichos estudios que se mostraron significativos fueron de viviendas mediante la entrevista personal en sus respectivos países, contrario a ello los estudios hospitalarios en Perú de Córdova³¹ ($p > 0.01$, OR 3.20, IC 0,57-2,56) en Piura, Toro Valencia¹⁶ (p : 0.60,

gl: 1, Chi cuadrado: 0.27) en Arequipa y Macedo y Marquina, et al³⁰ en Huancayo no encontraron significancia; por tanto, es posible que las grandes diferencias de brecha social y económica que caracterizan las zonas rurales tengan mayor relevancia como factores estresantes comparado a las pacientes hospitalizadas en el postparto. Esto se podría explicar por las diferencias entre las pacientes hospitalizadas desde el parto y las madres que retornaron a su hogar, teniendo que enfrentar mayor cantidad de responsabilidades y necesidades.

La situación civil soltera incrementa el riesgo 1.838 veces más de padecer depresión postparto comparada la situación civil casada o conviviente con un p valor de 0.040, una razón de momios de 1.838 y un intervalo de confianza al 95% de 1.027 a 3.287, resultado comparable al obtenido por el estudio de Macedo y Marquina, et al³⁰. Realizado en Huancayo que enfrentó estado civil de la madre soltera contra conviviente o casada ($p < 0.001$, OR 4,385, IC 1.948-0.870), que puede reflejar los problemas en la adaptación causados por una mayor cantidad de agentes estresores causados por la falta de apoyo y conflictos interpersonales.

Respecto a la variable de maltrato físico por la pareja durante el embarazo se logró obtener significancia más no asociación, a pesar de ser un factor de riesgo fuerte como parte del factor violencia doméstica provocada por el compañero íntimo durante el embarazo tanto en estudios internacionales como nacionales. Las investigaciones de Abebe y Tesfaw, et al¹¹, realizada en Etiopía (ORa: 3.2, IC 95% 1.17-4.31), y de Young C³² realizada en el Hospital Arzobispo Loayza de Lima (OR: 6,97, IC 95% 2.00-24.28) muestran aquella asociación en contraposición a este estudio, esto puede deberse a que la cantidad de casos para pacientes con depresión postparto que han sido maltratadas físicamente por su pareja durante el embarazo fue muy reducida, obteniendo un porcentaje estimado de 0.6% lo cual posibilita un error de tipo II e intervalos de confianza demasiado amplios, tomando en cuenta que aún que hay un 3.33% de probabilidad de que se cometa un error al negar la hipótesis principal, conceptos discutidos por Clark M⁵⁷. Como por Batista Hernández et al⁵⁸.

El índice de riqueza no encontró significancia al intentar buscarse asociación a depresión postparto, resultado similar al mostrado por Bitew y Hanlon, et al²⁶. Pudiendo explicarse por la diferencia de paradigmas con las que se aborda las dificultades, siendo muy variable en cada departamento. Se observó en el diagrama de dispersión de las prevalencias de mujeres con depresión postparto versus las prevalencias de los índices de riqueza muy pobre por departamentos, observándose una menor dispersión en cuanto más pobre es el departamento y una línea de tendencia con pendiente positiva por lo que se podría esperar una posible correlación entre ambas. La ausencia de asociación se puede deberse a que el factor económico puede no ser importante dentro de la vida cotidiana posterior al embarazo, aunque la pobreza está asociada al deterioro mental, pérdida de productividad, y es un factor asociado a depresión en la población en general peruana, tal como se muestra en el estudio de Martina y Ara, et al⁵⁹, podría ser un factor de riesgo al estudiarse un periodo de tiempo mayor a 1 año.

Respecto a la edad de la madre no se encontró asociación significativa con depresión postparto, a pesar de que se ha descrito a adolescencia o la edad materna avanzada como factores de riesgo, como es el caso del estudio americano de Muraca y Joseph⁶⁰, esto puede deberse a que el nivel educativo en diversas regiones del Perú no mejora sustancialmente con la edad. Se ha observado que la mayoría de factores de riesgo postparto actúan independientes de la edad de la madre lo que puede explicar la ausencia de significancia, como discute Wolff y Valenzuela et al⁶¹. A pesar de ello, El *odds ratio* mayor se encuentra en la población de 20 a 35 años, eso puede deberse al hecho de que la depresión tiene una incidencia más alta en la etapa reproductiva de la mujer. Las diferentes apreciaciones interculturales acerca del concepto de adultez e imposiciones de obligaciones familiares y sociales muestran un marco de heterogeneidad sociocultural en el Perú que puede expresarse con el resultado de este estudio.

El estudio de Bitew y Hanlon, et al²⁶ no hallaron asociación entre el analfabetismo y la depresión postparto tal como ocurrió en este estudio; sin embargo, Córdova³¹ halló asociación ($p < 0.001$, OR 12.35, IC 8.32-24.22), esto puede ser explicado por la pluriculturalidad del Perú y las diferentes exigencias y necesidades educacionales no modificando sus estilos de vida y por ende dejando de ser factores de estrés para el embarazo y posterior.

Tampoco se encontró asociación entre planificación de la fecundidad y depresión postparto, del mismo modo que lo hallado en el estudio de la Clínica Good Hope y Bitew y Hanlon, et al²⁶; sin embargo sí fue un factor significativo en los estudios de Macedo y Marquina, et al³⁰ y de Atencia²⁹, ambos realizados en hospitales del Perú, esto puede deberse también a las diferencias entre poblaciones de estudio hospitalarias frente a las domiciliarias, como también las diferencias socioeconómicas de la población atendida entre la clínicas y hospitales.

Respecto a la cantidad óptima de controles prenatales, contrario a lo hallado por Young³² en su estudio del Hospital Arzobispo Loayza de Lima en donde se encontró asociación con la depresión postparto (<0.001 , OR 3.92, IC 1.84-8.35) en nuestro estudio no se pudo encontrar esta asociación, del mismo modo la variable de parto por cesárea no se asoció a depresión postparto, empero Romero²⁸ en su estudio realizado en la Clínica Good Hope y Macedo y Marquina, et al³⁰ pudieron asociarlas, esto puede explicarse por las diferencias interculturales, las diferencias entre las características de los pacientes intrahospitalarios frente a los de la comunidad, y la posible falta de conocimiento e importancia que presenta una paciente de parto no institucional y sin controles prenatales que no percibe los beneficios y complicaciones que atañen, eximiéndose de ser un factor estresor.

El consumo de sustancias nocivas suele estar asociado a depresión postparto, como es el caso del estudio de Atencia²⁹ realizado en el Hospital

Daniel Alcides Carrión de Callao (p: 0.023, OR 5.24, IC 1.6-45.74), esta asociación ocurre principalmente por la relación entre la depresión y la ansiedad. Aunque en este estudio no se encontró asociación en este estudio del consumo de alguna bebida alcohólica al menos en una ocasión en los últimos 12 meses, de igual forma que en el estudio de Hartmann y Mendoza, et al²³, realizado en dos hospitales de Brasil que con el *odds ratio* ajustado (p: 0.3, OR 0.88, IC 0.69-1.22). En relación con el fumar, este se encuentra descrito como factor de riesgo de depresión postparto en estudios latinoamericanos⁶⁰. La variable fumó cigarrillos en alguna ocasión en los últimos 12 meses tampoco encontró asociación con depresión postparto en este estudio, el cual difiere del estudio realizado por Hartmann y Mendoza, et al²³ que sí halló significancia estadística (p: 0.04, OR 1.26, IC 1.02-1.57). Esta disparidad de resultados y ausencia de asociación puede deberse a la idiosincrasia encontrada en diversas regiones se incluyen el uso de bebidas alcohólicas, en mayor o menor medida, como actividades cotidianas o asociadas a costumbres, de forma similar el consumo de cigarrillos.

Estos resultados obtenidos nos permiten conocer dos factores significativamente asociados a depresión postparto extrapolables a la población peruana extrahospitalaria, también permite absolver las discrepancias que presentaban los estudios previos respecto a las variables independientes estudiadas, esto permitirá conocer donde se deben focalizar los esfuerzos respecto al tamizaje previo al alta, como también las poblaciones de zonas rurales y en las madres de situación civil soltera, como también, brindar luz sobre departamentos con mayor índice de pobreza en donde se deben enfocar los siguientes estudios.

Este estudio de tipo secundario está sustentado sobre un estudio probabilístico perfeccionado cada dos años, bifásico, basado en estudios previos, y realizado desde el año 2003, La encuesta demográfica y de Salud Familiar. El valor ponderal de cada vivienda permite una aproximación representativa a la realidad del Perú, y nos permite conocer los factores asociados a depresión postparto incluyendo a un grupo de la población

peruana que se encontraba poco estudiada hasta el momento, la población extrahospitalaria y la rural.

A pesar de los beneficios del uso de una base de datos muy confiable, algunas de las variables a estudiar tuvieron que excluirse en el periodo de diseño del estudio, pues las definiciones operacionales de las variables categorizadas de la encuesta no coincidían del todo o eran muy generales; por otro lado, la pérdida de datos, sea por el diseño de la pregunta o por la libertad del encuestado de negarse a contestar la pregunta, medio la exclusión de una variable la investigación.

CAPÍTULO VI: CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

6.1 CONCLUSIONES

- 1. Se Determinó que los factores asociados a la depresión postparto en mujeres de 15 a 49 años de edad a partir de la Encuesta Demográfica y de Salud Familiar del año 2018 fueron tipo de lugar de residencia rural o urbana y la situación civil soltera.**
- 2. Se estimó la prevalencia de la depresión postparto en el Perú el año 2018 a partir de la encuesta ENDES 2018 de 3.12%, siendo mayor en el departamento de Huancavelica con 11.04%.**
- 3. Se encontró una tendencia de mayor prevalencia de depresión postparto en los departamentos con índice de riqueza muy pobre.**
- 4. No se encontró asociación con los factores gineco-obstétricos ni de salud estudiados en mujeres con depresión postparto de 15 a 49 años de edad a partir de la Encuesta Demográfica y de Salud Familiar del año 2018.**

6.2 RECOMENDACIONES

- 1. Se recomienda la incorporación de protocolos de tamizaje de depresión postparto en las unidades tanto de Ginecología y obstetricia como de Pediatría para poder realizar un tratamiento oportuno y seguimiento en los picos de mayor incidencia de segundo, sexto, octavo y décimo primer mes posterior al parto.**
- 2. Se recomienda ampliar los estudios de Depresión postparto fuera de los establecimientos de salud e incidir en la población en riesgo tanto de zonas rurales como en los departamentos con mayores índices de pobreza.**
- 3. Se recomienda replicar este estudio con poblaciones más grandes para poder evitar los datos perdidos en este grupo poblacional poco enfocado.**

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Jaramillo-Toro C, Martínez JW, Gómez-González JF, Mesa P. T, Otálvaro S, Sánchez-Duque JA, et al. Sintomatología depresiva en una población universitaria de Colombia: Prevalencia, factores relacionados y validación de dos instrumentos para tamizaje. *Revista chilena de neuro-psiquiatría*. 2018;56(1):18–27.
2. WHO. Depresión [Internet]. 2019 [citado el 20 de enero de 2020]. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/depression>
3. Pérez-Padilla EA, Cervantes-Ramírez VM, Hijuelos-García NA, Pineda-Cortes JC, Salgado-Burgos H. Prevalencia, causas y tratamiento de la depresión Mayor. *Rev Biomed*. el 15 de agosto de 2017;28(2):73–98.
4. Otte C, Gold SM, Penninx BW, Pariante CM, Etkin A, Fava M, et al. Major depressive disorder. *Nat Rev Dis Primers*. 15 de 2016;2:16065.
5. American Psychiatric Association. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* [Internet]. Fifth Edition. Arlington: American Psychiatric Association; 2013 [citado el 22 de enero de 2020]. Disponible en: <https://psychiatryonline.org/doi/book/10.1176/appi.books.9780890425596>
6. Rai S, Pathak A, Sharma I. Postpartum psychiatric disorders: Early diagnosis and management. *Indian J Psychiatry*. julio de 2015;57(Suppl 2):S216–21.
7. Payne JL. Recent Advances and Controversies in Peripartum Depression. *Curr Obstet Gynecol Rep*. septiembre de 2016;5(3):250–6.
8. Sudhanthar S, Sheikh Z, Thakur K. Postpartum depression screening: are we doing a competent job? *BMJ Open Qual* [Internet]. el 1 de octubre de 2019 [citado el 7 de febrero de 2020];8(4). Disponible en: <https://bmjopenquality.bmj.com/content/8/4/e000616>

9. **ACOG. Depression and Postpartum Depression: Resource Overview [Internet]. Depression and Postpartum Depression: Resource Overview. 2019 [citado el 23 de enero de 2020]. Disponible en: <https://www.acog.org/Womens-Health/Depression-and-Postpartum-Depression>**
10. **Premji S, McDonald SW, Metcalfe A, Faris P, Quan H, Tough S, et al. Examining postpartum depression screening effectiveness in well child clinics in Alberta, Canada: A study using the All Our Families cohort and administrative data. Preventive Medicine Reports. el 1 de junio de 2019;14:100888.**
11. **Abebe A, Tesfaw G, Mulat H, Hibdye G, Yohannes kalkidan. Postpartum depression and associated factors among mothers in Bahir Dar Town, Northwest Ethiopia. Ann Gen Psychiatry [Internet]. el 10 de septiembre de 2019 [citado el 28 de enero de 2020];18. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6734592/>**
12. **Mendoza B C, Saldivia S. Actualización en depresión postparto: el desafío permanente de optimizar su detección y abordaje. Revista médica de Chile. julio de 2015;143(7):887–94.**
13. **Rincón-Pabón D, Ramírez-Vélez R. Depresión posparto en mujeres colombianas: análisis secundario de la Encuesta Nacional de Demografía y Salud-2010. Rev salud pública. agosto de 2014;16:534–46.**
14. **Romero R D, Orozco R LA, Ybarra S JL, Gracia R BI. Sintomatología depresiva en el post parto y factores psicosociales asociados. Revista chilena de obstetricia y ginecología. abril de 2017;82(2):152–62.**
15. **Campos Vidal EN. Nivel de depresión postparto en puérperas atendidas en el hospital nacional dos de mayo de Lima – Perú, 2017 [Internet] [Tesis]. [Perú]: Universidad Inca Garcilazo de la Vega; 2018 [citado el 15 de enero de 2020]. Disponible en:**

http://repositorio.uigv.edu.pe/bitstream/handle/20.500.11818/2310/TRAB.SUF.RPOF._ESTHER%20NANCY%20CAMPOS%20VIDAL.pdf?sequence=2&isAllowed=y

16. **TORO VALENCIA ML. FRECUENCIA Y NIVELES DE DEPRESIÓN POST PARTO EN MADRES ATENDIDAS EN EL HOSPITAL GOYENECHÉ MARZO 2014 [Internet] [Tesis]. [Perú - Arequipa]: Universidad San Agustín de Arequipa; 2014 [citado el 15 de enero de 2020]. Disponible en:**
<http://repositorio.unsa.edu.pe/bitstream/handle/UNSA/4308/MDtovaml.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
17. **Moraes GP de A, Lorenzo L, Pontes GAR, Montenegro MC, Cantilino A. Screening and diagnosing postpartum depression: when and how? Trends in Psychiatry and Psychotherapy. marzo de 2017;39(1):54–61.**
18. **Beraún Berrú MG. Impacto del estado depresivo postparto de la madre en el estado nutricional del lactante. 2019.**
19. **Slomian J, Honvo G, Emonts P, Reginster J-Y, Bruyère O. Consequences of maternal postpartum depression: A systematic review of maternal and infant outcomes. Womens Health (Lond) [Internet]. el 29 de abril de 2019 [citado el 27 de enero de 2020];15. Disponible en:**
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6492376/>
20. **Norhayati MN, Hazlina NHN, Asrenee AR, Emilin WMAW. Magnitude and risk factors for postpartum symptoms: a literature review. J Affect Disord. el 1 de abril de 2015;175:34–52.**
21. **MINSA. Resolución Ministerial N° 658-2019/MINSA [Internet]. Plataforma digital única del estado peruano. 2019 [citado el 8 de febrero de 2020]. Disponible en:**
<https://www.gob.pe/institucion/minsa/normas-legales/285438-658-2019-minsa>

22. INEI. Instituto Nacional de Estadística e Informática - Microdatos - Base de Datos [Internet]. 2019 [citado el 1 de febrero de 2020]. Disponible en: <http://inei.inei.gob.pe/microdatos/>
23. Hartmann JM, Mendoza-Sassi RA, Cesar JA. Depressão entre puérperas: prevalência e fatores associados. *Cad Saúde Pública*. el 9 de octubre de 2017;33:e00094016.
24. Hahn-Holbrook J, Cornwell-Hinrichs T, Anaya I. Economic and Health Predictors of National Postpartum Depression Prevalence: A Systematic Review, Meta-analysis, and Meta-Regression of 291 Studies from 56 Countries. *Front Psychiatry* [Internet]. el 1 de febrero de 2018 [citado el 27 de enero de 2020];8. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5799244/>
25. Fiala A, Švancara J, Klánová J, Kašpárek T. Sociodemographic and delivery risk factors for developing postpartum depression in a sample of 3233 mothers from the Czech ELSPAC study. *BMC Psychiatry* [Internet]. el 21 de marzo de 2017 [citado el 27 de enero de 2020];17. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5361789/>
26. Bitew T, Hanlon C, Medhin G, Fekadu A. Antenatal predictors of incident and persistent postnatal depressive symptoms in rural Ethiopia: a population-based prospective study. *Reproductive Health*. el 4 de marzo de 2019;16(1):28.
27. Azad R, Fahmi R, Shrestha S, Joshi H, Hasan M, Khan ANS, et al. Prevalence and risk factors of postpartum depression within one year after birth in urban slums of Dhaka, Bangladesh. *PLoS One* [Internet]. el 2 de mayo de 2019 [citado el 29 de enero de 2020];14(5). Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6497249/>
28. Romero Medina G. Relación entre características sociodemográficas y riesgo de depresión postparto en puérperas de la Clínica Good Hope

- Noviembre de 2015 [Internet] [Tesis]. [Perú]: Universidad Ricardo Palma; 2016 [citado el 15 de enero de 2020]. Disponible en: <http://repositorio.urp.edu.pe/handle/urp/767>
29. Atencia Olivas SM. Factores de riesgo para la depresión posparto en madres adolescentes atendidas en el hospital nacional Daniel Alcides Carrion durante abril – junio, 2015. [Internet]. 2015 [citado el 15 de enero de 2020]. Disponible en: <http://cybertesis.unmsm.edu.pe/handle/cybertesis/4355>
30. Macedo-Poma K, Marquina-Curasma PG, Corrales-Reyes IE, Mejía CR. Factores asociados a síntomas depresivos en madres con hijos hospitalizados en unidades de pediatría y neonatología en Perú: estudio de casos y controles. Medwave. el 10 de junio de 2019;19(05):7649.
31. Codova Alva JF. Factores asociados a depresión postparto en puéperas atendidas en Hospital II-2 Santa Rosa durante septiembre-diciembre, 2017 [Internet] [Tesis]. [Piura - Perú]: Universidad Nacional de Piura; 2018 [citado el 15 de enero de 2020]. Disponible en: <http://repositorio.unp.edu.pe/handle/UNP/1175>
32. Young C. Factores asociados a depresión posparto en puérperas del servicio de obstetricia del Hospital Nacional Arzobispo Loayza. Repositorio de Tesis - UNMSM [Internet]. 2017 [citado el 15 de enero de 2020]; Disponible en: <http://cybertesis.unmsm.edu.pe/handle/cybertesis/5990>
33. Joy S, Mattingly P, Templeton H. Postpartum Depression: Overview, Risk Factors for Postpartum Mood Disorders, Screening for Postpartum Mood Disorders [Internet]. Medscape. 2019 [citado el 8 de febrero de 2020]. Disponible en: <https://reference.medscape.com/article/271662-overview>

34. **Stuart-Parrigon K, Stuart S. Perinatal Depression: An Update and Overview. Curr Psychiatry Rep. septiembre de 2014;16(9):468.**
35. **Committee on Obstetric Practice. The American College of Obstetricians and Gynecologists Committee Opinion no. 630. Screening for perinatal depression. Obstet Gynecol. mayo de 2015;125(5):1268–71.**
36. **ACOG Committee Opinion No. 757: Screening for Perinatal Depression. Obstet Gynecol. 2018;132(5):e208–12.**
37. **Langan RC, Goodbred AJ. Identification and Management of Peripartum Depression. AFP. el 15 de mayo de 2016;93(10):852–8.**
38. **Wisner KL, Sit DKY, McShea MC, Rizzo DM, Zoretich RA, Hughes CL, et al. Onset Timing, Thoughts of Self-harm, and Diagnoses in Postpartum Women With Screen-Positive Depression Findings. JAMA Psychiatry. mayo de 2013;70(5):490–8.**
39. **ACOG Committee Opinion No. 736: Optimizing Postpartum Care. Obstet Gynecol. 2018;131(5):e140–50.**
40. **Guintivano J, Manuck T, Meltzer-Brody S. Predictors of Postpartum Depression: A Comprehensive Review of the Last Decade of Evidence. Clin Obstet Gynecol. 2018;61(3):591–603.**
41. **Sarli D, Ifayanti T. BABY BLUES SCREENING ON POST-PARTUM MOTHER BY COMPARING EPDS AND PHQ-9 METHODS FOR HEALTH-CARE SERVICE AND PUBLIC APPLICATIONS IN LUBUK BUAYA COMMUNITY HEALTH CARE PADANG CITY, INDONESIA. Malaysian Journal of Medical Research. el 15 de abril de 2018;2:75–9.**
42. **Guintivano J, Arad M, Gould TD, Payne JL, Kaminsky ZA. Antenatal prediction of postpartum depression with blood DNA methylation biomarkers. Mol Psychiatry. mayo de 2014;19(5):560–7.**

43. Kroenke K, Spitzer RL, Williams JB. The PHQ-9: validity of a brief depression severity measure. *J Gen Intern Med.* septiembre de 2001;16(9):606–13.
44. Calderón M, Gálvez-Buccollini JA, Cueva G, Ordoñez C, Bromley C, Fiestas F. Validación de la versión peruana del PHQ-9 para el diagnóstico de depresión. *Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Publica.* octubre de 2012;29(4):578–578.
45. Gjerdingen D, Crow S, McGovern P, Miner M, Center B. Changes in Depressive Symptoms over 0–9 Months Postpartum. *J Womens Health (Larchmt).* marzo de 2011;20(3):381–6.
46. Guo N, Bindt C, Te Bonle M, Appiah-Poku J, Hinz R, Barthel D, et al. Association of Antepartum and Postpartum Depression in Ghanaian and Ivorian Women With Febrile Illness in Their Offspring: A Prospective Birth Cohort Study. *Am J Epidemiol.* el 1 de noviembre de 2013;178(9):1394–402.
47. Núñez Cortés JA. El desafío de alfabetizar en el siglo XXI: dimensiones y propuestas en torno a la alfabetización. *Verbeia.* 2015;1:19.
48. INEI. Planificación de la Fecundidad [Internet]. Encuesta Demográfica y de Salud Familiar. 2018 [citado el 18 de febrero de 2020]. Disponible en:
<https://proyectos.inei.gob.pe/endes/endes2007/7%20Preferencia%20Fecundidad/7.4%20Planificaci%C3%B3n%20de%20la%20Fecundidad.html>
49. World Health Organization, editor. WHO recommendations on antenatal care for a positive pregnancy experience. Geneva: World Health Organization; 2016. 152 p.

50. **Ministerio de Salud. Guías Nacionales de Atención Integral de la Salud Sexual y Reproductiva. Lima, Perú: MINSA. URL disponible en: <ftp://ftp2.minsa.gob.pe/download/esn/ssr/GuiasAtencionIntegraYSR.pdf> [Fecha de acceso: 10 de febrero del 2020].**
51. **MINSA. Norma Técnica de Salud para la Atención del parto vertical en el marco de los Derechos Humanos con Pertinencia Intercultural [Internet]. 2016 [citado el 18 de febrero de 2020]. Disponible en: <http://bvs.minsa.gob.pe/local/MINSA/4240.pdf>**
52. **De La Cruz J, Correa L, Alatrística M del S, Sánchez H, et al. Promoviendo la investigación en estudiantes de Medicina y elevando la producción científica en las universidades: experiencia del Curso Taller de Titulación por Tesis. Educación Médica. 2019. SCOPUS. DOI 10.1016/j.edumed.2018.06.003.**
- 53 **INEI. Evolución de la Pobreza Monetaria 2007-2018, Informe Técnico [Internet]. 2018 [citado el 18 de febrero de 2020]. Disponible en: https://www.inei.gob.pe/media/MenuRecursivo/publicaciones_digitales/Est/Lib1646/libro.pdf.**
54. **Vega_Dienstmaier JM. Depresión postparto en el Perú. Rev Med Hered. octubre de 2018; 29(4): 207-10.**
55. **Ongeri L, Wanga V, Otieno P, Mbui J, Juma E, Stoep AV, et al. Demographic psychosocial and clinical factores associated with postpartum depression in Kenyan women. BMC psychiatry. 1 de octubre del 2018; 18(1): 318.**
56. **Rincón D, Ramírez R. Depresión postparto en mujeres colombianas: análisis secundario de la Encuesta Nacional de Demografía y Salud 2010. Revista de Salud Pública [internet]. [citado el 25 de febrero del**

2020]. Disponible en
[http://revistas.unal.edu.co/index.php/revsaludpublica/
view/40673/50589](http://revistas.unal.edu.co/index.php/revsaludpublica/view/40673/50589).

- 57 Clark ML. Los valores P y los intervalos de confianza: ¿en qué confiar? Rev Panam Salud Publica. mayo de 2004;15(5):293–6.
- 58 Batista Hernández NE, Hernández Moreno VJ, Guirado Blanco O. Pensamiento estadístico: el valor «p» y los intervalos de confianza. Medcentro. el 4 de abril de 2016;20(2):93–4.
- 59 Martina M, Ara M, Gutiérrez C, et al. Depresión y factores asociados en la población peruana adulta mayor según la ENDES 2014-2015. An Fac Med. Diciembre del 2017; 78(4). DOI: <http://dx.doi.org/10.15381/anales.v78i4.14259>
- 60 Muraca G, Joseph K. The Association Between Maternal Age and Depression. J Obstet Gynaecol Can 2014; 36(9):803–810
61. Wolff C, Valenzuela P, Esteffan K. DEPRESIÓN POSPARTO EN EL EMBARAZO ADOLESCENTE: ANÁLISIS DEL PROBLEMA Y SUS CONSECUENCIAS. REV CHIL OBSTET GINECOL 2009; 74(3): 151 – 158
- 60 Vega-Dienstmaier J. Depresión postparto en el Perú. Rev Med Hered. 2018; 29:207-210. DOI: <https://doi.org/10.20453/rmh.v29i4.3444>

ANEXOS

ANEXO A

Anexo 1: Matriz de consistencia

PROBLEMAS	OBJETIVOS	HIPÓTESIS	VARIABLES
¿Cuáles son los factores asociados a la depresión postparto en mujeres de 15 a 49 años de edad según la Encuesta Demográfica y de Salud Familiar del año 2018?	Determinar los factores asociados a la depresión postparto en mujeres de 15 a 49 años de edad a partir de la Encuesta Demográfica y de	Existen factores asociados a la depresión postparto en mujeres de 15 a 49 años de edad según la Encuesta Demográfica y de Salud Familiar del año 2018	Variable dependiente: Depresión Postparto. Factores sociodemográficos: Tipo de lugar de residencia, edad de la madre, grado instrucción de la madre, alfabetización, situación civil casada o conviviente, edad del hijo, índice de riqueza.

	Salud Familiar del año 2018.		Factores gineco-obstétricos: Planificación de la fecundidad, cantidad óptima de Controles prenatales, parto por cesárea. Antecedentes de violencia familiar: Maltratada físicamente por su pareja durante el embarazo Factores de Salud: Consumo de bebida alcohólica al menos en una ocasión en los últimos 12 meses, fumó cigarrillos al menos en una ocasión en los últimos 12 meses
DISEÑO METODOLÓGICO	POBLACIÓN Y MUESTRA	TÉCNICA E INSTRUMENTOS	PLAN DE ANÁLISIS DE DATOS
Estudio observacional, analítico, retrospectivo, de corte transversal y datos secundarios.	Población: Constituida por todas las mujeres con edad mayor de 15 a 49 años que se encuentran dentro del primer año posterior al parto del Perú en periodo de febrero a diciembre del 2018 que cumplan los criterios de inclusión y exclusión. Muestra: Se usará la muestra integra de la Encuesta Demográfica y de Salud Familiar del año 2018 que cumpla los criterios de inclusión y exclusión.	La variable dependiente, la depresión postparto, estudiará mediante el <i>instrumento Patient Health Questionnaire</i> de 9 ítems (PHQ-9) validada, traducida y contextualizada para nuestro medio, siendo recomendado su uso por la ACOG incluida en el Cuestionario de salud de la ENDES 2018, pregunta 700. Cada ítem del PHQ-9 recibe una puntuación de 0 a 3 sumando un rango total de puntos de 0 a 27, el punto de corte a utilizar será de 10 o más puntos para la presencia de depresión postparto. Las variables independientes forman parte de los distintos ítems contenidos los 3 cuestionarios que conforman el ENDES 2018	Los datos serán analizados utilizando el programa SPSS 25.0 licencia con adquirida por el Instituto de Investigación en Ciencias Biomédicas de la Universidad Ricardo Palma, se utilizarán los módulos que contienen muestras de la base de microdatos (CASEID) que contienen los resultados de las variables de interés, siendo variable dependiente contenida en CSALUD01 y la variables independientes CSALUD01, REC21, REC0111, REC41 y REC84DV del ENDES 2018, posteriormente estas se unificarán, luego se procederá con el análisis univariado, las variables cuantitativas se analizará través de medidas de tendencia central y medidas de dispersión y para las variables cualitativas se construirán tablas de frecuencias y contingencia, a continuación se realizará un análisis bivariado, luego, las variables que resulten significativas del análisis bivariado serán analizadas con modelos lineales generalizados (GLM) con distribución binomial o Poisson y función de enlace logístico. Los cálculos de los Odds Ratio crudos (Orc) y posteriormente ajustados (ORa) se realizarán con un $p < 0.05$ y un nivel de confianza de 95% buscando determinar la fuerza de asociación

Anexo 2: Operacionalización de las variables

	Nombre de variable	Definición operacional	Tipo	Naturaleza	Escala	Indicador	Medición
1	Depresión Postparto	depresión mayor dentro de los 12 meses posteriores al parto del último	dependiente	cualitativa	nominal	PHQ-9: CID: QS700A, QS700B, QS700C,	Resultado de la suma de puntos de todos los 9 CID: (QS700A, QS700B, QS700C, QS700D, QS700E,

		embarazo Episodio de				QS700D, QS700E, QS700F, QS700G, QS700H, QS700I Mod: CSALUD001	QS700F, QS700G, QS700H, QS700I): "con DPP ^b : 10≤; sin DPP ^b : <10
2	Tiempo transcurrido o desde el parto	Determina el tiempo transcurrido en meses desde el parto agrupándolas en periodos respecto al último o único hijo nacido	independiente	cualitativa	ordinal	CID: B3, Mod: REC21 CID: V008, Mod: REC0111	Resta: de CID B3 y V008: [V008 - B3] : De 0 a 3 meses: 0,1,2,3; De 4 a 6 meses: 4,5,6; De 7 a 11 meses: 7,...,11
3	Tipo de lugar de residencia	tipo de zona según el enfoque dicotómico urbano-rural al que pertenece el domicilio actual	independiente	cualitativa	nominal	CID: V025 Mod: REC0111	Urbana: 1, Rural: 2
4	Edad de la madre	Edad de la madre en años	independiente	cualitativa	ordinal	CID:V012, Mod: REC0111	Menor a 20 años: <20; 20 a 35 años: 20,...,35; Mayor a 35 años: 35<
5	Grado instrucción de la madre	Determina último el grado de estudios académico de la madre	independiente	cualitativa	ordinal	CID: QS24, QS25N; Mod: CSALUD01	primaria o inferior: QS24: 2 ó QS25N: 0, 1; Secundaria o superior: QS25N: 2, 3, 4, 5
6	Alfabetización	Determina si la madre sabe leer mediante una cartilla con texto	independiente	cualitativa	nominal	CID: V155, Mod: REC0111	No sabe leer, solo lee partes de oraciones o no hay tarjeta con su idioma: "Analfabeto": 0,1,3; Puede leer oraciones completas: "No analfabeto": 2;

7	Situación civil casada o conviviente	Determina si la madre se encuentra casada o conviviendo con su última pareja.	independiente	cualitativa	nominal	CID: QS709, Mod: CSALUD01	casada o conviviente: 1; soltera: 2
8	Planificación de la fecundidad	Determina el momento en el que la madre quería embarazarse respecto al último o único embarazo	independiente	cualitativa	nominal	CID: M10, Mod: REC41	quería embarazarse en ese entonces: 1, quería embarazarse más adelante o no quería embarazarse más: No quería embarazarse en ese entonces: "no quería embarazarse en ese entonces" 2, 3.
9	Cantidad óptima de Controles prenatales	Determina si la madre se realizó más de 6 controles prenatales durante su último o único embarazo	independiente	cualitativo	ordinal	CID: M14, Mod: REC41	6 o más controles prenatales: 6≤; Menos de 6 controles prenatales: <6;
10	Parto por cesárea	Determina si el parto fue realizado por cesárea o no	independiente	Cualitativa	nominal	CID: M17, Mod: REC41	Sí: 1, No: 0
11	Maltratada físicamente y por su pareja durante el embarazo	Determina si la madre fue maltratada físicamente por su pareja o esposo actual durante su último o único embarazo	independiente	cualitativa	nominal	CID: D118A, Mod: REC84DV	Sí: 1 No: 0
12	Índice de riqueza	Determina el poder económico de la familia basada en la información del Sistema de Focalización de Hogares (SIFOH) del periodo 2012-2013	independiente	cualitativa	nominal	CID: V190, Mod: REC0111	Muy pobre o pobre: "Pobre": 1,2; Medio, Rico, muy rico: "No pobre": 3,4,5
13	Consumo de bebida alcohólica al menos en una ocasión en los últimos 12 meses	Determina si la madre ha consumido alguna bebida alcohólica por lo menos 1 vez en los últimos 12 meses	independiente	cualitativa	ordinal	CID: QS208, Mod: CSALUD01	Sí: 1; No: 2; No sabe, no recuerda: 8

14	Fumó cigarrillos al menos en una ocasión en los últimos 12 meses	Determina si la madre ha fumado cigarrillos por lo menos 1 vez en los últimos 12 meses	independiente	cualitativa	nominal	CID: QS200, Mod: CSALUD01	Sí: 1; No: 2; No sabe, no recuerda: 8
----	--	--	---------------	-------------	---------	---------------------------	---

CID:, Mod:, a. PHQ-9: Patient Health Cuestionaire de 9 ítems, b. DPP: depression postparto, c: SIS: Seguro Integral de Salud, d. ETS: enfermedad de transmisión sexual. Fuente: elaboración propia.

Consentimiento informado

Anexo 3: Consentimiento informado del ENDES 2018

CONSENTIMIENTO

Señora (Señorita), mi nombre es _____ y estoy trabajando para el Instituto Nacional de Estadística e Informática, institución que por especial encargo del Ministerio de Salud está realizando un estudio sobre la salud de las mujeres, las niñas y los niños menores de seis años, a nivel nacional y en cada uno de los departamentos del país, con el objeto de evaluar y orientar la futura implementación de los programas de salud materno infantil, orientados a elevar las condiciones de salud de la población en el país.

Con tal motivo, me gustaría hacerle algunas preguntas sobre su salud y la salud de sus hijas e hijos. La información que nos brinde es estrictamente confidencial y permanecerá en absoluta reserva.

En este momento, ¿Usted desea preguntarme algo acerca de esta investigación o estudio? ¿Puedo iniciar la entrevista ahora?

FIRMA DE LA ENTREVISTADORA: _____

FECHA: _____

SI, ACEPTA: 1

SI, EN OTRO MOMENTO: 2

NO, NO ACEPTA LA ENTREVISTA: 3

Instrumento de recolección de datos

Anexo 4: Test de depresión postparto *Patient Health Questionnaire* - 9

SECCIÓN 7. SALUD MENTAL

PARA LAS PERSONAS DE 15 AÑOS A MÁS DE EDAD

PREG.	PREGUNTAS Y FILTROS	CATEGORÍAS Y CÓDIGOS	PASE A																																																		
<p>A continuación le voy a formular algunas preguntas sobre molestias o problemas en su estado de ánimo, los cuales se presentan con cierta frecuencia en la población</p>																																																					
700	<p>En los últimos 14 días, es decir, entre el _____ y el día de ayer, usted ha sentido molestias o problemas como:</p> <p>NO HACER INFERENCIAS DE CAUSALIDAD SI RESPONDE "SÍ", PREGUNTE: ¿Cuántos días? SI RESPONDE "NO", CIRCULE "0" (PARA NADA)</p> <p>A. ¿Pocas ganas o interés en hacer las cosas? (DE SER NECESARIO LEA: Es decir, no disfruta sus actividades cotidianas)</p> <p>B. ¿Sentirse desanimada(o), deprimida(o), triste o sin esperanza?</p> <p>C. ¿Problemas para dormir o mantenerse dormida(o), o en dormir demasiado?</p> <p>D. ¿Sentirse cansada(o) o tener poca energía sin motivo que lo justifique?</p> <p>E. ¿Poco apetito o comer en exceso?</p> <p>F. ¿Dificultad para poner atención o concentrarse en las cosas que hace? (DE SER NECESARIO LEA: Como leer el periódico, ver televisión, escuchar atentamente la radio o conversar con otras personas)</p> <p>G. ¿Moverse mas lento o hablar más lento de lo normal o sentirse más inquieta(o) o intranquila(o) de lo normal?</p> <p>H. ¿Pensamientos de que sería mejor estar muerta(o) o que quisiera hacerse daño de alguna forma buscando morir?</p> <p>I. ¿Sentirse mal acerca de si misma(o) o sentir que es una(un) fracasada(o) o que se ha fallado a sí misma(o) o a su familia?</p>	<table border="1"> <thead> <tr> <th></th> <th>PARA NADA</th> <th>VARIOS DÍAS (1 A 6 DÍAS)</th> <th>LA MAYORÍA DE DÍAS (7 A 11 DÍAS)</th> <th>CASI TODOS LOS DÍAS (12 A + DÍAS)</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>A. POCO INTERES.....</td> <td>0</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>3</td> </tr> <tr> <td>B. DEPRIMIDA(O).....</td> <td>0</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>3</td> </tr> <tr> <td>C. DORMIR.....</td> <td>0</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>3</td> </tr> <tr> <td>D. CANSADA(O).....</td> <td>0</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>3</td> </tr> <tr> <td>E. APETITO.....</td> <td>0</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>3</td> </tr> <tr> <td>F. PONER ATENCIÓN.....</td> <td>0</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>3</td> </tr> <tr> <td>G. MOVERSE.....</td> <td>0</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>3</td> </tr> <tr> <td>H. MORIR.....</td> <td>0</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>3</td> </tr> <tr> <td>I. SENTIRSE MAL.....</td> <td>0</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>3</td> </tr> </tbody> </table>		PARA NADA	VARIOS DÍAS (1 A 6 DÍAS)	LA MAYORÍA DE DÍAS (7 A 11 DÍAS)	CASI TODOS LOS DÍAS (12 A + DÍAS)	A. POCO INTERES.....	0	1	2	3	B. DEPRIMIDA(O).....	0	1	2	3	C. DORMIR.....	0	1	2	3	D. CANSADA(O).....	0	1	2	3	E. APETITO.....	0	1	2	3	F. PONER ATENCIÓN.....	0	1	2	3	G. MOVERSE.....	0	1	2	3	H. MORIR.....	0	1	2	3	I. SENTIRSE MAL.....	0	1	2	3	
	PARA NADA	VARIOS DÍAS (1 A 6 DÍAS)	LA MAYORÍA DE DÍAS (7 A 11 DÍAS)	CASI TODOS LOS DÍAS (12 A + DÍAS)																																																	
A. POCO INTERES.....	0	1	2	3																																																	
B. DEPRIMIDA(O).....	0	1	2	3																																																	
C. DORMIR.....	0	1	2	3																																																	
D. CANSADA(O).....	0	1	2	3																																																	
E. APETITO.....	0	1	2	3																																																	
F. PONER ATENCIÓN.....	0	1	2	3																																																	
G. MOVERSE.....	0	1	2	3																																																	
H. MORIR.....	0	1	2	3																																																	
I. SENTIRSE MAL.....	0	1	2	3																																																	