



UNIVERSIDAD RICARDO PALMA

FACULTAD DE MEDICINA HUMANA

ESCUELA PROFESIONAL DE MEDICINA HUMANA

Factores asociados a síntomas depresivos en mujeres de 15 a 49 años dentro
del primer año postparto. ENDES 2017 – 2019

MODALIDAD DE OBTENCIÓN: SUSTENTACIÓN DE TESIS VIRTUAL

Para optar el título profesional de Médico (a) Cirujano (a)

AUTOR

MENDOZA ROJAS, CARLOS ANDRES (0000-0002-1297-4705)

ASESOR

JHONY ALBERTO DE LA CRUZ VARGAS (0000-0002-5592-0504)

Lima, 2022

Metadatos Complementarios

Datos de autor

Mendoza Rojas, Carlos Andres

DNI

46757358

Datos de asesor

DR. Jhony Alberto De La Cruz Vargas, PHD, MSC, MD

DNI

06435134

Datos del jurado

Mc. Pedro Mariano Arango Ochante (09807139, 0000-0002-3267-1904)

Mc. Dante Manuel Quiñones Laveriano (46174499, 0000-0002-1129-1427)

Mg. Rubén Espinoza Rojas (10882248, 0000-0002-1459-3711)

Datos de la investigación

Campo del conocimiento OCDE: 3.02.27

Código del Programa: 912016

DEDICATORIA

A Dios que dio me la oportunidad de estudiar esta carrera y aprender más cada día acerca del amor al prójimo y de cómo afrontar obstáculos durante todo este tiempo, no dejando de lado su palabra, la Biblia.

A mis padres que me formaron con valores y principios poniendo su confianza en Dios para darme consejos con sabiduría y encaminarme cada día en este largo proceso para culminar el presente trabajo.

A mis docentes que desde del primer año de medicina aportaron conocimientos, experiencia y altruismo hacia cada los demás, sabiendo que esta carrera no tiene fin que cada se aprende más.

AGRADECIMIENTOS

En primer lugar a Dios por darme la sabiduría y conducirme con prudencia en todos estos años para aprender más acerca de esta carrera como lo es Medicina Humana, que a pesar de las dificultades siempre tuve su apoyo para seguir adelante y no rendirme.

A mis padres que estuvieron en todo este proceso dándome su apoyo incondicional, en consejos y prácticas de bien para conducirme con respeto hacia los demás.

A mi estimado Director de tesis Dr. Jhony De La Cruz quien nos compartió y enseñó técnicas para desenvolvemos en el campo de la investigación médica a fin de ampliar nuestros conocimientos en las publicaciones de futuros artículos que aportarán para la formación de un médico con aspiraciones de superación en área científica y de redacción.

A mi amiga Dayana Lecca que me acompaña desde hace 3 años alentándome y apoyándome en esta carrera con humildad, paciencia para desarrollar nuevas ideas que aporten conocimientos en el área de Medicina Humana.

A la persona que estuvo llenándome de consejos de perseverancia, de no desistir ante un problema que se presentara en el día a día y llenando aquel espacio de lucha, amor y sinceridad que ahora compartimos juntos, a ti Susan Bazán.

RESUMEN

Introducción: Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), una de cada 20 personas señala haber tenido al menos un episodio depresivo en el último año, constituyendo la depresión un importante problema de salud pública a nivel mundial. La depresión postparto, es la complicación más frecuente de las madres, que afecta aproximadamente al 10-15% de las mujeres. Debido a que las consecuencias de la depresión posparto tienen un gran impacto personal, social y médico, es necesario establecer una detección precisa de los factores de riesgo y su relación con la patología mediante el control prenatal y el manejo conjunto multidisciplinario.

Objetivo: Determinar los factores asociados a síntomas depresivos en mujeres de 15 a 49 años dentro del primer año postparto. ENDES 2017 – 2019.

Métodos: El estudio es analítico, retrospectivo, observacional, de corte transversal basado en una fuente de datos secundarios, ENDES 2017 – 2019, con una muestra total para los 3 años de estudio de 4915 mujeres dentro del primer año postparto según los criterios de inclusión y exclusión. Para el análisis de los datos se utilizó el software estadístico STATA V.15. Se calcularon razones de prevalencia tanto crudas como ajustadas utilizando el modelo de regresión Poisson con varianza robusta para respuesta binaria.

Resultados: Se estimó una prevalencia de 4.3% con síntomas depresivos en mujeres dentro del primer año post parto para los tres años; para el año 2017, 2018 y 2019 la prevalencia fue de 3,7%; 4,0% y 5,2% respectivamente. Se encontró asociación entre la presencia de síntomas depresivos en aquellas madres solteras (RP: 1.97 IC: 1.110 – 3,514); nivel de riqueza pobre (RP: 2,19 IC: 1.003 - 4.793); alguna vez la empujó o sacudió (RP: 2.19; IC: 1.411 - 3.406) y alguna vez la lastimó físicamente (RP: 2.27; IC: 1.428 - 3.605).

Conclusiones: Los factores asociados con síntomas depresivos fueron: el estado civil, nivel de riqueza, pareja alguna vez la empujó o sacudió y la pareja alguna vez la lastimó físicamente con síntomas depresivos en mujeres entre 15 y 49 años de edad dentro del primer año post parto para los tres años.

Palabras claves: síntomas depresivos, mujeres, postparto, ENDES. (DeCS)

ABSTRACT

Introduction: According to the World Health Organization (WHO), one in 20 people reports having had at least one depressive episode in the last year, making depression a major public health problem worldwide. Postpartum depression is the most common complication for mothers, affecting approximately 10-15% of women. Because the consequences of postpartum depression have a great personal, social and medical impact, it is necessary to establish an accurate detection of risk factors and their relationship with the pathology through prenatal control and multidisciplinary joint management.

Objective: To determine the factors associated with depressive symptoms in women aged 15 to 49 years within the first year postpartum. ENDES 2017 – 2019.

Methods: The study is analytical, retrospective, observational, cross-sectional based on a secondary data source, ENDES 2017 - 2019, with a total sample for the 3 years of study of 4915 women within the first year postpartum according to the inclusion and exclusion criteria. . Statistical software STATA V.15 was used for data analysis. Both crude and adjusted prevalence ratios were calculated using the Poisson regression model with robust variance for binary response.

Results: A prevalence of 4.3% with depressive symptoms in women within the first year postpartum for three years was estimated; for the year 2017, 2018 and 2019 the prevalence was 3.7%; 4.0% and 5.2% respectively. An association was found between the presence of depressive symptoms in those single mothers (PR: 1.97 CI: 1.110 – 3.514); poor wealth level (PR: 2.19 CI: 1,003 - 4,793); ever pushed or shook her (PR: 2.19; CI: 1.411 - 3.406) and ever physically hurt her (PR: 2.27; CI: 1.428 - 3.605).

Conclusions: Factors associated with depressive symptoms were: marital status, level of wealth, partner ever pushed or shook her, and partner ever physically hurt her with depressive symptoms in women between 15 and 49 years of age within the first year postpartum for the three years.

Key words: depressive symptoms, women, postpartum, ENDES. (MESH)

ÍNDICE

INTRODUCCIÓN

CAPÍTULO I: PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN

1.1. DESCRIPCIÓN DE LA REALIDAD PROBLEMÁTICA: PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

1.2. FORMULACIÓN DEL PROBLEMA

1.3. LINEA DE INVESTIGACIÓN NACIONAL Y DE LA URP VINCULADA

1.4 JUSTIFICACIÓN DE LA INVESTIGACIÓN

1.5. DELIMITACION DEL PROBLEMA:

1.6 OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN

1.5.1. OBJETIVO GENERAL

1.5.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS

CAPÍTULO II: MARCO TEÓRICO

2.1. ANTECEDENTES DE LA INVESTIGACIÓN

2.2. BASES TEÓRICAS

2.3. DEFINICIÓN DE CONCEPTOS OPERACIONALES

CAPITULO III: HIPÓTESIS Y VARIABLES

3.1. HIPÓTESIS: GENERAL, ESPECÍFICAS

3.2. VARIABLES PRINCIPALES DE INVESTIGACIÓN

CAPITULO IV: METODOLOGÍA

4.1. TIPO Y DISEÑO DE INVESTIGACIÓN

4.2. POBLACIÓN Y MUESTRA

4.3. OPERACIONALIZACION DE VARIABLES

4.4. TÉCNICAS E INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS

4.5. RECOLECCIÓN DE DATOS

4.6. TÉCNICA DE PROCESAMIENTO Y ANÁLISIS DE DATOS

4.7. ASPECTOS ÉTICOS

CAPITULO V: RESULTADOS Y DISCUSIÓN

5.1. RESULTADOS

5.2. DISCUSIÓN DE RESULTADOS

CAPITULO VI: CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

6.1. CONCLUSIONES

6.2. RECOMENDACIONES

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ANEXOS

ANEXO 1: ACTA DE APROBACIÓN DEL PROYECTO DE TESIS

ANEXO 2: CARTA DE COMPROMISO DEL ASESOR DE TESIS

ANEXO 3: CARTA DE APROBACIÓN DEL PROYECTO DE TESIS, FIRMADO POR LA SECRETARÍA ACADÉMICA

ANEXO 4: CARTA DE ACEPTACIÓN DE EJECUCIÓN DE LA TESIS POR LA SEDE HOSPITALARIA CON APROBACION POR EL COMITÉ DE ETICA EN INVESTIGACIÓN

ANEXO 5: ACTA DE APROBACIÓN DEL BORRADOR DE TESIS

ANEXO 6: REPORTE DE ORIGINALIDAD DEL TURNITIN

ANEXO 7: CERTIFICADO DE ASISTENCIA AL CURSO TALLER

ANEXO 8: MATRIZ DE CONSISTENCIA

ANEXO 9: OPERACIONALIZACION DE VARIABLES

ANEXO 10: FICHA DE RECOLECCIÓN DE DATOS O INSTRUMENTOS UTILIZADOS

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

LISTA DE TABLAS

Tabla 1. Distribución de la muestra, según año.

Tabla 2. Síntomas depresivos en mujeres de 15 a 49 años de edad dentro del primer año post parto. ENDES 2017-2019

Tabla 3. Asociación entre síntomas depresivos con variables sociodemográficas en mujeres de 15 a 49 años de edad dentro del primer año post parto. ENDES 2017 – 2019.

Tabla 4. Asociación entre síntomas depresivos con variables Ginecoobstétricas en mujeres de 15 a 49 años de edad dentro del primer año post parto. ENDES 2017 – 2019.

Tabla 5. Asociación entre síntomas depresivos según antecedentes de violencia doméstica en mujeres de 15 a 49 años de edad dentro del primer año post parto. ENDES 2017 – 2019.

Tabla 6. Variables sociodemográficos asociados con síntomas depresivos en mujeres de 15 a 49 años de edad dentro del primer año post parto. ENDE 2017 – 2019.

Tabla 7. Variables Ginecoobstétricas asociados con síntomas depresivos en mujeres de 15 a 49 años de edad dentro del primer año post parto. ENDE 2017 – 2019.

Tabla 8. Antecedentes de violencia domestica asociados con síntomas depresivos en mujeres de 15 a 49 años de edad dentro del primer año post parto. ENDE 2017 – 2019.

Tabla 9. Variables asociadas con síntomas depresivos en mujeres de 15 a 49 años de edad dentro del primer año post parto. ENDES 2017 – 2019.

INTRODUCCIÓN

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), una de cada 20 personas señala haber tenido al menos un episodio depresivo en el último año, constituyendo la depresión un importante problema de salud pública a nivel mundial. La depresión postparto, es la complicación más frecuente de las madres, que afecta aproximadamente al 10-15% de las mujeres ⁽¹⁾. Deteriorando la calidad de vida de las madres, su capacidad de vinculación con el recién nacido y el desarrollo infantil así como su entorno familiar.⁽²⁾

Según la quinta edición del Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM-V), la depresión posparto se refiere a la depresión que comienza durante el embarazo o los primeros tres meses después del parto. La prevalencia de la depresión posparto en todo el mundo fluctúa entre el 10% y el 20%, entre las cuales las madres adolescentes (26%) y los niveles socioeconómicos más bajos (38,2%) se encuentran en un nivel más alto. ⁽³⁾

Los factores de riesgo relacionados a los trastornos depresivos (pre y posparto) incluyen: antecedentes de depresión; antecedentes ginecoobstétricos; falta de apoyo social, familiar o por parte de la pareja actual; estrés y ansiedad; historia de la violencia doméstica y pobreza. Gran parte de la investigación admite que estos factores actúan interrelacionados en el origen de la depresión. En general, los factores de riesgo asociados con la depresión tanto en países en desarrollo como en vías de desarrollo son los mismos, excepto por algunos factores en contextos económicamente desfavorables, como bajo nivel educativo, desempleo, dificultades financieras y violencia que fueron predominantes en estudios en países de bajos ingresos. ⁽⁴⁾

Debido a que las consecuencias de la depresión posparto tienen un gran impacto personal, social y médico, es necesario establecer una detección precisa de los factores de riesgo y su relación con la patología mediante el control prenatal y el manejo conjunto multidisciplinario. Sin duda, determinar la asociación entre los síntomas depresivos y los factores de riesgo es la base para controlar la depresión posparto y sus consecuencias. ⁽⁵⁾

CAPÍTULO I: PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN

1.1. DESCRIPCIÓN DE LA REALIDAD PROBLEMÁTICA: PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Actualmente los trastornos depresivos continúan siendo un problema de salud pública que han aumentado durante las últimas décadas. Se calcula que afecta a más de 300 millones de personas en el mundo, especialmente en la población femenina, donde se presenta con mayor frecuencia siendo 2 veces más frecuente que en los varones con una prevalencia de un 14% a 21%; además es una de las principales causas de enfermedad en mujeres de 15 a 44 años.⁽⁶⁾ Las mujeres desarrollan depresión durante el embarazo en un 20 al 40%, o en la etapa postparto donde fluctúa entre el 10 y 20%.⁽⁷⁾ Una de cada cinco mujeres que viven en países de ingresos medios y bajos sufren de depresión postparto.⁽⁸⁾

La estimación en un estudio realizado en dos hospitales en Madrid (España) menciona que la prevalencia de depresión postparto oscila entre un 6 y un 8% siendo para este país un importante problema de salud pública.⁽⁹⁾ Asimismo se considera que los factores de riesgo para la depresión postparto, incluyen una extensa lista de variables asociadas significativamente con síntomas depresivos perinatales abarcando los factores sociodemográficos, factores psiquiátricos, biológicos, médicos y personales.⁽¹⁰⁾

En un estudio realizado por el Departamento de Psiquiatría y Gineco- Obstetricia de Carolina del Norte en el año 2018 reporta que en Estados Unidos la depresión postparto afecta a 500 000 mujeres anualmente en una prevalencia del 10 al 15%, donde se asocia a muchos resultados adversos para la madre que incluyen la mortalidad y morbilidad materna.⁽¹¹⁾

En Latinoamérica se han realizado diversos estudios encontrándose un 22% de depresión postparto en Chile y hasta un 57% de sintomatología depresiva en Colombia.⁽¹²⁾ Por otro lado en Perú se encontró una prevalencia de 14,15% de depresión postparto en la ciudad de Arequipa. Sin embargo, hubo 2 estudios realizados en el Hospital Nacional Dos de Mayo y en el Hospital Nacional Cayetano Heredia en el departamento de Lima donde se estimó una prevalencia de depresión postparto del 34% y 31,4%, respectivamente.⁽¹³⁾

Debido a que la depresión postparto inicia dentro de las 4 a 6 semanas posteriores al parto, traerá consigo síntomas similares a los del trastorno depresivo mayor que pueden estar presentes incluyendo estado de ánimo deprimido, pérdida de interés o placer en las actividades, alteración del sueño, alteración del apetito, pérdida de energía, sentimientos de inutilidad o culpa, disminución de la concentración, irritabilidad, ansiedad y pensamientos suicidas; todo esto tendría consecuencia negativas en el vínculo madre – hijo. Los riesgos para los hijos de madres deprimidas no tratadas (en comparación con las madres sin síntomas de depresión postparto) incluyen problemas como un funcionamiento cognitivo deficiente, inhibición del comportamiento, inadaptación emocional, comportamiento violento, trastornos de externalización y trastornos psiquiátricos y médicos en la adolescencia.⁽¹⁴⁾

A pesar de la evidencia sobre la importancia de la detección y tratamiento oportuno, la frecuencia de detección es baja, alrededor del 2%, por ello se tiene mayor atención a mujeres en etapa postparto que presenten factores de riesgo asociados al desarrollo de este problema de salud mental, ya que se ha reconocido la influencia de los factores biológicos, psicológicos y sociales en el origen de la depresión postparto y sus implicaciones.⁽¹⁵⁾

Por otro lado el uso de escalas pronósticas nos permite comparar parámetros entre distintos grupos de mujeres en etapa postparto con síntomas depresivos por ejemplo tenemos la EPDS = Escala de depresión posparto de Edimburgo, PDSS = Escala de detección de depresión posparto, ZSDS = Escala de depresión de autoevaluación de Zung entre otras, que aportan cada una diferentes puntuaciones para el tamizaje, control, diagnóstico e información de dicha entidad; siendo de gran utilidad en estudios de investigación sociodemográficos.⁽¹⁶⁾ En el Perú la escala postnatal de Edimburgo es la herramienta más utilizada para el diagnóstico de depresión puerperal a nivel mundial, por su gran sensibilidad y especificidad.⁽¹⁷⁾

Sin embargo existen pocos estudios que analicen los factores asociados a síntomas depresivos en mujeres puérperas en los últimos 12 meses en etapa posparto tanto en establecimientos de salud así como en hospitales. Debido a que esta entidad repercute en la calidad de vida a corto y largo plazo, el presente estudio será un aporte importante para actualizar este tema en un nuevo análisis tomando las encuestas ENDES 2017, 2018 y 2019.

1.2. FORMULACIÓN DEL PROBLEMA

Teniendo en cuenta lo planteado, surge la siguiente pregunta:

¿Cuáles son los factores asociados a síntomas depresivos en mujeres de 15 a 49 años dentro del primer año postparto ENDES 2017 – 2019?

1.3. LINEA DE INVESTIGACIÓN NACIONAL Y DE LA URP VINCULADA

Esta investigación forma parte de las Prioridades Nacionales de Investigación en Salud del Perú 2019-2023 desarrolladas por el Instituto Nacional de Salud y aprobadas por Resolución Ministerial N ° 658-2019 / MINSA. Donde este estudio involucra al noveno problema sanitario que es la salud materna, perinatal y neonatal en relación a las repercusiones y determinantes de la morbi - mortalidad materna y al décimo problema sanitario que es la salud mental; que toma los puntos como los factores asociados en la depresión, violencia y determinantes sociales que afectan a las mujeres en la etapa post parto. ⁽²⁰⁾

1.4 JUSTIFICACIÓN DE LA INVESTIGACIÓN

La depresión posparto es un trastorno mental afectivo grave en el mundo. Su incidencia es del 15%. Fue incluida por primera vez en la quinta edición del Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM-5) bajo el nombre de "depresión perinatal". También se relaciona con cambios en los síntomas psicológicos y patrones biológicos. Tiene las siguientes características: estado emocional triste, alta fatiga, alteración del sueño y afectación del eje hipotalámico-pituitario-adrenal, que es necesario para la secreción de hormonas cortisol, por lo que posible afrontar situaciones estresantes. Aunque los síntomas suelen presentarse después del nacimiento del bebé, las mujeres que están en etapa postparto experimentan síntomas psicológicos (somatización, depresión, ansiedad y estrés específico del embarazo) durante el embarazo y tienen niveles más altos de cortisol desde el primer trimestre. Tomando en cuenta las altas tasas

de depresión postparto en Latinoamérica es necesario la creación de estrategias con el fin de apoyar y facilitar el acceso de este grupo de riesgo a los servicios de salud mental.⁽¹⁸⁾

Alrededor del 13% de las mujeres que acaban de dar a luz en todo el mundo experimentan un trastorno mental, principalmente depresión. En los países en desarrollo, esto es aún mayor con una prevalencia del 19,8% después del parto. En casos graves, el sufrimiento de las madres puede ser caótico y desencadenar pensamientos suicidas y a la postre el suicidio siendo una causa importante de muerte entre esta población de mujeres. Además, las madres afectadas no pueden desarrollar sus actividades de la vida diaria; como resultado de ello, el crecimiento y el desarrollo de los niños también pueden verse afectados negativamente.⁽¹⁹⁾

Debido a que los factores asociados al desarrollo de síntomas depresivos en mujeres en la etapa postparto se han convertido en un tema relevante en otros estudios incluyendo la extensa literatura internacional que aporta evidencia de alta prevalencia y de mayor tasa de afección sobretodo en países subdesarrollados, todo esto permite identificar varios factores de riesgo, sin embargo debido a las diferentes características sociales y culturales de cada población, existen diferencias en los resultados de la investigaciones tanto nacionales como internacionales, por lo que no se puede generalizar. Y es por ello que el siguiente estudio permitirá determinar los factores que se asocian al desarrollo de estos síntomas y su posterior análisis para reconocer a los grupos de riesgo en el Perú y la posibilidad de aplicar algún tipo de tamizaje que aporte en beneficio de las mujeres en etapa postparto de forma preventiva.

1.5. DELIMITACION DEL PROBLEMA:

Esta investigación toma en cuenta las variables proporcionadas en la Encuesta Demográfica y de Salud Familiar (ENDES) de los años 2017, 2018 y 2019.

En cuanto a la división de las especialidades de medicina humana: se incluye al área de psiquiatría y ginecología - obstetricia.

En cuanto a la delimitación del espacio, este estudio utilizó información recabada a partir de la ENDES, cubriendo áreas urbanas y rurales en 24 regiones del país, y la provincia constitucional del Callao.

En cuanto a la delimitación poblacional, este estudio toma en cuenta a mujeres de 15 a 49 años dentro del primer año postparto según ficha Técnica del ENDES.

En cuanto a la delimitación temporal, la presente investigación fue elaborada con datos correspondientes a los años 2017 al 2019.

1.6 OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN

OBJETIVO GENERAL

- Determinar los factores asociados a síntomas depresivos en mujeres de 15 a 49 años dentro del primer año postparto. ENDES 2017 – 2019.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Determinar la asociación entre las variables sociodemográficas y los síntomas depresivos en mujeres de 15 a 49 años dentro del primer año postparto. ENDES 2017 – 2019.

- Determinar la asociación entre las variables ginecoobstétricas y los síntomas depresivos en mujeres de 15 a 49 años dentro del primer año postparto. ENDES 2017 - 2019.

- Determinar la asociación entre los antecedentes de violencia doméstica y los síntomas depresivos en mujeres de 15 a 49 años dentro del primer año postparto. ENDES 2017 – 2019.

CAPÍTULO II: MARCO TEÓRICO

2.1. ANTECEDENTES DE LA INVESTIGACIÓN

Antecedentes Internacionales

Raneem Seif Al Nasr et al. ⁽²²⁾ (2020), en su estudio **“Prevalence and predictors of postpartum depression in Riyadh, Saudi Arabia: A cross sectional study”**, estimo la prevalencia e identifico predictores para la depresión postparto; reportando una prevalencia del 38.50% en mujeres en etapa postparto residentes de la región de Riadh en donde participaron de este estudio 174 mujeres en total en etapa postparto casadas y que viven con su cónyuge, éstas pertenecían a un grupo de edad de 16 a 25 años que representa un 34% mientras que el resto estaba entre los 25 y 45 años de edad que representa el 66%. También se observó una asociación significativa entre la aparición de depresión postparto y la mala relación con su cónyuge con un valor de $p = 0.0023$; cabe mencionar que otro factor ginecoobstétrico para el desarrollo de estos síntomas depresivos en etapa postparto fue la cesárea como forma de parto ($OR = 1.958$, $P = 0.049$) y que el 40% de las madres en la fase post parto más allá de la categoría de 4 semanas tenían depresión puerperal. En lo que concierne a los factores sociodemográficos, el grupo de madres de 16 a 25 años tenían depresión postparto con una prevalencia del 35.6%; el desempleo en un 38% también confirmo la aparición de depresión postparto.

Khadka Rosha et al. ⁽²³⁾ (2020) **“Prevalencia y factores determinantes de la mala calidad del sueño y la depresión entre las mujeres posparto: un estudio comunitario en el distrito de Ramechhap, Nepal”**, estudio transversal que tuvo una muestra de 380 mujeres que estaban entre 2 y 12 meses de postparto. La prevalencia de depresión postparto fue del 18,7%. Los factores asociados con la depresión posparto incluyen a las mujeres que residen en áreas rurales ($OR 26,6$ [IC del 95%: 5,34 a 132]), tener un hijo varón ($OR 4,61$ [IC del 95%: 1,84 a 11,5]), no tener visitas para sus controles prenatales ($OR 98,7$ [IC del 95%: 19,4 a 503]), experimentar complicaciones después del parto ($OR 21,9$ [IC del 95%: 7,30 a 65,9]), introducción temprana de alimentos complementarios antes de los 6 meses de edad ($OR 4,71$

[IC del 95%: 1,88 a 11,8]) y mala calidad del sueño en el período posparto (OR 3,20 [IC del 95%: 1,34 a 7,61]).

Abel Fekadu Dadi et al. ⁽²⁴⁾ (2020) “Epidemiología de la depresión posparto y sus factores asociados en África: revisión sistemática y metaanálisis”, se realizaron búsquedas en estudios observacionales realizados en África y publicados entre el 01/01/2007 y el 30/06/2018 en las bases de datos CINHALL, MEDLINE, PsycINFO, Psychiatry online, PubMed, SCOPES y Emcare. Diecinueve estudios en los que participaron 40.953 madres posparto formaron parte de esta revisión sistemática y metaanálisis. La prevalencia agrupada global de depresión posparto fue del 16,84% (IC del 95%: 14,49% -19,19%). Las probabilidades de tener Depresión posparto fueron más altas entre las mujeres con una condición obstétrica deficiente (POR = 2,11; IC del 95%: 1,11–4,01) y antecedentes de resultados adversos en el parto y la salud infantil (POR = 2,85; IC del 95%: 1,29–6,25). Tener antecedentes de trastornos de salud mental comunes (POR = 2,47; IC del 95%: 1,51–4,04), escaso apoyo social (POR = 2,06; IC del 95%: 1,05–4,05), situación económica más baja (POR = 2,38; IC del 95%: 1,75-3,23), y aquellos que estuvieron expuestos a una forma diferente de violencia de pareja íntima (POR = 2,87; IC del 95%: 1,60–5,16) tuvieron mayores probabilidades de depresión posparto.

Gustavo J. et al. ⁽²⁵⁾ (2020) “Factores asociados a depresión posnatal en púerperas de Antioquia, según escala de Edimburgo” Colombia. En este estudio descriptivo de corte transversal, se tomó una muestra de 203 mujeres púerperas entre los años 2017 – 2018 y se les aplicó la escala de Edimburgo hasta los 6 meses luego del parto. La prevalencia de depresión posparto fue 20,27 %. Los factores sociodemográficos de procedencia: área urbana y rural estuvieron asociados al desarrollo de depresión posparto con un 14,1% y 6.2% respectivamente. El 15% de la muestra estudiada presentó riesgo de desarrollar depresión posparto, con nivel educativo secundario, y el 4,42 % de básica primaria. En cuanto a los factores ginecoobstétricos los abortos anteriores de las participantes de este estudio y la depresión posparto se encontró que el 46% de las mujeres tuvo entre 1 y 2 pérdidas previas, de las cuales 10,6 % tuvieron una puntuación mayor a 10 lo que significa que existe una asociación significativa entre estas dos variables.

Sussmann L. et al.⁽²⁶⁾ (2020) “La depresión como mediadora entre la violencia de la pareja íntima y los problemas sexuales posparto: un análisis estructural” (Brasil), fue un estudio transversal donde la muestra fue de 700 mujeres en etapa posparto. La depresión posparto se evaluó mediante el instrumento SRQ-20, con un punto de corte de 7/8 considerado como variable mediadora. La prevalencia de síntomas depresivos fue de 27,8%. La violencia por parte de la pareja durante el embarazo no mostró una asociación directa (OR= 0,072; IC: 0,06 - 0,20).

Afshari P. et. al.⁽²⁷⁾ (2020) “Prevalencia y factores relacionados de la depresión posparto entre mujeres en edad reproductiva en Ahvaz, Irán”, en este estudio se tuvo una muestra de 505 mujeres en etapa posparto de seis centros de salud pública. Las anomalías congénitas (OR = 2,99, IC del 95%: 1,44-5,90), antecedentes de depresión posparto (OR = 2,61, IC del 95%: 1,53-4,44), un episodio de depresión de por vida (OR = 3,26, IC del 95%: 1,63-6,49) y tener eventos estresantes en el último año (OR = 4,1, IC: 2,19-7,80) tuvieron asociación estadísticamente significativa para el desarrollo de depresión posparto. Los eventos estresantes en las madres en el último año (OR = 4.1, IC: 2.19-7.80) contribuyeron significativamente al desarrollo de depresión posparto.

Silveira M. et. al.⁽²⁸⁾ “La asociación entre la falta de respeto y el abuso de las mujeres durante el parto y la depresión posparto: hallazgos del estudio de cohorte de nacimientos de Pelotas de 2015”, este fue un estudio de cohorte donde se evaluó a 3065 madres durante el embarazo y 3 meses después del nacimiento. La prevalencia de depresión posparto moderada y depresión posparto marcada / grave fue del 9,4% y del 5,7%, respectivamente. La violencia verbal aumentó las probabilidades de tener al menos un episodio de depresión moderada (OR = 1,58; IC del 95%: 1,06-2,33). La violencia física aumentó las probabilidades de tener depresión posparto marcada / grave (OR = 2,28; IC del 95%: 1,26-4,12). Haber experimentado tres o más tipos de maltrato físico o psicológico aumentó las probabilidades de presentar depresión posparto moderada (OR = 2,90; IC del 95%: 1,30 - 35,74) y una depresión posparto marcada / grave (OR = 3,86; IC del 95%: 1,58-9,42).

Mayada Roumieh et al.⁽²⁹⁾ (2019) “Prevalence and risk factors for postpartum depression among women seen at Primary Health Care Centres in Damascus” SIRIA, fue un estudio descriptivo transversal que se realizó entre enero y diciembre de 2017 donde participaron 1105 mujeres en etapa post parto de los centros de atención primaria de salud, y para medir la depresión posparto se utilizó la versión árabe del cuestionario validado de la Escala de Depresión Postnatal de Edimburgo (EPDS). Este estudio mostró que el 28,2% tenía una puntuación de 13 o más en la EPDS, que se refiere a la depresión probable, mientras que 20,7% puntuaron de 10 a 12 en la EPDS, que se refiere a la posible depresión. Solo siete mujeres tuvieron la idea de hacerse daño con pensamientos suicidas. El análisis bivariado muestra que la depresión posparto está relacionada con factores sociodemográficos (edad temprana al contraer matrimonio), factores socioeconómicos (las mujeres tienen menos educación), factores relacionados con el embarazo (atención prenatal deficiente) y factores relacionados con el conflicto. (Convivencia con varios parientes cercanos en la familia; sentirse sometido a mucho estrés / estrés de la vida). Es importante señalar que los principales determinantes de la depresión posparto en el estudio fue la exposición percibida a una gran cantidad de factores estresantes de la vida y el desplazamiento como factores de riesgo relacionados con el conflicto.

Azad Rashidul et al.⁽³⁰⁾ (2019) “Prevalencia y factores de riesgo de depresión posparto dentro de un año después del nacimiento en barrios marginales urbanos de Dhaka, Bangladesh”, estudio transversal en tres barrios marginales seleccionados intencionalmente de diferentes áreas geográficas representativas en la ciudad de Dhaka. La población de estudio fueron 376 madres posparto con un niño menor de un año que viven en barrios marginales urbanos. La prevalencia de depresión posparto fue del 39,4% en los primeros 12 meses posteriores al nacimiento del niño. Pérdida del trabajo debido al embarazo (APR = 1.5, IC del 95% = 1.0, 2.1), antecedentes de aborto espontáneo (APR = 1.4, 95% CI = 1.0, 2.0), embarazo no planeado (APR = 1.8, 95% CI = 1.3, 2.5), síntomas depresivos durante el embarazo (APR = 2.5, 95% CI = 1.7, 3.8) y violencia de pareja íntima (APR = 2.0, 95% CI = 1.2, 3.3), fueron identificados como factores de riesgo. La depresión posparto no se asoció con la pobreza, la suegra y ningún factor relacionado con el niño.

Solomon Shitu et al. ⁽³¹⁾ (2019) **“Postpartum depression and associated factors among mothers who gave birth in the last twelve months in Ankesha district, Awi zone, North West Ethiopia”**, estudio transversal realizado en una muestra de 596 mujeres en etapa post parto de febrero a marzo de 2018, se empleó una técnica de muestreo por conglomerados y se utilizó el cuestionario validado de la Escala de Depresión Postnatal de Edimburgo (EPDS). La prevalencia de la depresión posparto fue del 23,7% con un IC del 95%: 20,3–27,2. De las madres participantes que están divorciadas / viudas / solteras (AOR = 3,45 IC del 95%: 1,35 a 8,82), embarazo no deseado (AOR = 1,95 IC del 95%: 1,14 a 3,33), y el bajo apoyo social (AOR = 3,16 IC del 95%: 1,55–6,43) fueron predictores de depresión posparto. Cabe señalar que el 89% de las participantes no habían recibido asesoramiento sobre depresión posparto.

Tran Tho Nhi et al. ⁽³²⁾ (2019) **“Violencia de pareja íntima entre mujeres embarazadas y depresión posparto en Vietnam: un estudio longitudinal”**, es un análisis secundario de los datos del estudio de cohorte prospectivo que hizo un seguimiento a las mujeres después del parto durante en un período comprendido entre el 1 de mayo de 2014 y el 30 de agosto de 2015 que incluyo un total de 1274 participantes para el análisis de esta investigación. Se aplicó la encuesta de Depresión Postnatal de Edimburgo. Se encontró una prevalencia de depresión posparto de un 8,4%. Los resultados de los análisis bivariados indicaron que la violencia física fue el determinante más fuerte para la depresión posparto (OR = 5,08; IC del 95%: 2,58-10,02), seguida de la violencia sexual y la violencia emocional (OR = 1,92; IC del 95%: 1,10-3,35 y OR = 1,60; IC del 95%: 1,07-2,41, respectivamente).

Mariana L. et. al. ⁽³³⁾ (2019) **“Tamizaje de síntomas depresivos posparto en madres adolescentes mexicanas y factores de riesgo asociados” México**. Este estudio fue de tipo observacional, transversal, descriptivo, tipo encuesta en el Hospital Universitario “Dr. José Eleuterio González” por un período de Mayo 2018 a Enero 2019 en la cual participaron 215 pacientes adolescentes en etapa tardía y primigestas en las que se utilizó el cuestionario de Edimburgo para la depresión posnatal. Se encontró que la prevalencia de la sintomatología depresiva en el postparto es del 10.3%. Un factor de riesgo sociodemográfico asociado a síntomas depresivos en etapa postparto fue el estado civil: soltera, en una relación positiva con una V de Cramer de 0.151 con una significancia de 0.44. Lo que significa que conforme

a la escala de depresión posnatal de Edimburgo las mujeres en pareja que son casadas son las que menos riesgo tienen para una posible depresión posparto.

Alianok G. et al.⁽³⁴⁾ (2019) “Factores asociados a depresión posparto” Cuba, Este estudio cuantitativo de corte transversal muestreó a 139 mujeres posparto que vivían en Bartolomé Masó, provincia de Granma en el último semestre de 2018. Según la prueba de Edimburgo, dieron positivo para depresión posparto, el 12,23%. El cálculo de las OR de las variables relacionadas con la depresión posparto en la literatura muestra que son menores de 20 años (OR: 1,55), estado civil soltero (OR: 11,16), tienen dos hijos (OR: 5,66), antecedentes previos de depresión (OR: 5,45) y antecedentes de violencia, independientemente de su naturaleza (fuera del embarazo actual OR: 2,16 y del embarazo actual OR: 4,71) son factores de riesgo de depresión posparto en el primer mes después del parto. El riesgo de ideación suicida en pacientes con depresión posparto es 18,27 veces mayor.

Silvia L. et al.⁽³⁵⁾ (2019) “Síntomas depresivos perinatales: prevalencia y factores psicosociales asociados” Colombia. Este estudio descriptivo transversal a partir de fuente de información secundaria, el cual se llevó a cabo en el Hospital General de Medellín, donde participaron 112 mujeres embarazadas o en el posparto inmediato (<3 días). El hallazgo más importante de este estudio fue la alta prevalencia de depresión postparto (22,3%), la asociación significativa entre los síntomas depresivos postparto y los factores psicosociales negativos en el último año. La ruptura de la relación de pareja se asoció con un riesgo de sufrir síntomas depresivos 5 veces mayor (OR = 6,26); los problemas económicos graves, un riesgo 5 veces mayor (OR = 6,61), y la muerte de un familiar, 2 veces mayor (OR = 3,79).

Bitew T. et al.⁽³⁶⁾ (2019) “Predictores prenatales de síntomas depresivos posnatales incidentes y persistentes en las zonas rurales de Etiopía: un estudio prospectivo basado en la población”, este fue un estudio prospectivo basado en la población en el distrito de Sodo, centro sur de Etiopía. Se utilizó como herramienta de encuesta el cuestionario de salud del paciente (PHQ-9) para evaluar los síntomas depresivos prenatales (segundo y tercer trimestre) y posnatales (4-12 semanas después del parto), con un límite de PHQ-9 de cinco o más indicando síntomas de alta depresión. La muestra fue de 1311 mujeres en etapa

postparto. La prevalencia de síntomas depresivos posnatales elevados en la muestra de seguimiento fue 22,1%. La violencia de pareja íntima en el embarazo se asoció significativamente con un mayor riesgo de síntomas depresivos [Cociente de riesgo ajustado (aRR) = 1.06, IC 95%: 1.00, 1.12]; el embarazo no deseado tuvo un (aRR) = 1,12; IC 95%: 0,79 -1,58] lo cual no guarda asociación para tener depresión postparto; el nivel de riqueza alto tuvo un aRR = 0,85 (IC 95%: 0,55 - 1,31) que no guarda asociación para tener depresión postparto, asimismo las complicaciones del embarazo tuvo un aRR = 1,24 (IC: 0,90, 1,71).

Garman C. et al.⁽³⁷⁾ (2019) “Síntomas depresivos perinatales entre mujeres sudafricanas de bajos ingresos en riesgo de depresión: trayectorias y predictores”, este estudio fue un análisis secundario de un ensayo controlado aleatorio entre 384 mujeres en etapa postparto que viven en Khayelitsha (Sudáfrica), donde se aplicó la encuesta de la Escala de depresión postnatal de Edimburgo. Aquellos mujeres que informaron haber experimentado violencia por parte de sus parejas al inicio del embarazo tenían 2.8 veces más probabilidades de presentar síntomas depresivos (IC del 95%: 1.23, 6.52; $p = 0.014$).

Noor Ani Ahmad et al.⁽³⁸⁾ (2018) “Postnatal depression and intimate partner violence: a nationwide clinicbased cross-sectional study in Malaysia”. Este fue un estudio transversal de base clínica a nivel nacional utilizando un diseño de muestreo por conglomerados donde participaron 5727 mujeres encuestadas entre los 25 y 35 años de edad, las cuales se encontraban entre las 6 y 16 semanas post parto y se les evaluó mediante la Escala de Depresión Postnatal de Edimburgo (EPDS). La prevalencia de posible depresión posparto es del 4,4% (IC del 95%: 2,9 a 6,7). La prevalencia general de violencia con la pareja íntima fue del 4,9% (IC del 95%: 3,8 a 6,4) donde el 3,7% (IC del 95%: 2,7 a 5,0), el 2,6% (IC del 95%: 1,9 a 3,5) y el 1,2% (IC del 95%: 0,9 a 1,7) experimentaron violencia emocional, física y sexual, respectivamente. El análisis multivariado de este estudio demostró la relación entre Violencia de la pareja íntima y el desarrollo de depresión postparto, esto dio una asociación significativa entre ambas variables. Las mujeres que han experimentado violencia de parte de su pareja (ORa 2,34, IC del 95%: 1,12 a 4,87) han duplicado la posibilidad de presentar depresión puerperal después de controlar por edad, estado civil, raza, nivel de educación, ocupación y conducta manipuladora de sus parejas. Otro factor asociado

fue el bajo ingreso económico de las mujeres en etapa postparto lo que provocaba dificultades financieras siendo identificada como factor de riesgo para la depresión postparto.

Surkan J. et al.⁽³⁹⁾ (2018) “El embarazo no deseado es un factor de riesgo de síntomas depresivos entre las mujeres desfavorecidas socioeconómicamente en las zonas rurales de Bangladesh”, este estudio fue un ensayo comunitario basado en la población de mujeres casadas de Bangladesh de 13 a 44 años de edad en zonas rurales. Las mujeres con embarazos no deseados tenían un mayor riesgo de presentar síntomas depresivos prenatales posnatales (RR = 1,32; IC del 95%: 1,21-1,44) que las mujeres con embarazos deseados. El hecho de que ambos padres no desearan el embarazo se asoció con síntomas depresivos posnatales (RR= 1,13, IC del 95%: 1,06-1,21, respectivamente), comparado con aquellos padres que deseaban el embarazo de su pareja. El grupo etario de mujeres que estaban entre los 20 a 29 años de edad tenían 1.09 veces mayor riesgo de presentar síntomas depresivos RR= 1.09 (IC del 95%: 1.02, 1.20).

Felix Akpojene Ogbo et al.⁽⁴⁰⁾ (2018) “Determinantes de la depresión prenatal y la depresión posnatal en Australia”, este estudio utilizó una cohorte retrospectiva de madres de todos los nacidos vivos en instalaciones de salud pública en 2014 (N = 17.564) dentro del Distrito de Salud Local del Suroeste de Sydney y el Distrito de Salud Local de Sydney en Nueva Gales del Sur, Australia, donde se realizó modelos de regresión logística multivariante para investigar los determinantes sociodemográficos, psicológicos y de servicios de salud de los síntomas depresivos puerperales, medidos mediante la Escala de Depresión Postnatal de Edimburgo (EPDS). La prevalencia de síntomas en el postparto fue del 3,3%. Los factores de riesgo significativos para los síntomas depresivos maternos fueron antecedentes ginecoobstétricos, violencia por parte de su pareja íntima, nivel socioeconómico bajo, e incluidas personas de poblaciones cultural y lingüísticamente diversas. La prevalencia de síntomas depresivos en etapa postparto fue mayor en las madres con cultura y lingüísticamente diverso (4,2%) (OR = 1,5; IC del 95%: 1,1-2,0; p = 0,002). La violencia por parte de su pareja íntima se asoció fuertemente con los síntomas depresivos en etapa postparto (OR = 5,3, IC del 95%: 2,5-11,0, P <0,001), y las madres que tuvieron una cesárea

fueron más propensas a experimentar síntomas depresivos postparto en comparación con las que tuvieron un parto vaginal normal (OR = 1,7, IC del 95%: 1,3–2,3, P <0,001).

Linnet Onger et al.⁽⁴¹⁾ (2018) “Factores demográficos, psicosociales y clínicos asociados con la depresión posparto en mujeres kenianas”, en este estudio participaron 171 mujeres en etapa postparto de las salas de espera para pacientes ambulatorios de las clínicas de salud materno infantil asociadas con dos importantes hospitales públicos (Mathari Teaching and Referral Hospital y Mbagathi District Hospital) en Nairobi, Kenia, entre marzo y diciembre de 2014. Los niveles de depresión se evaluaron a las 6-10 semanas postparto utilizando la Escala de Depresión Posparto de Edimburgo (EPDS). La prevalencia de síntomas depresivos significativos a las 6-10 semanas postparto fue del 18,7% (IC del 95%: 13,3-25,5). La incidencia acumulada de depresión posparto (PPD) entre las 140 mujeres que no tenían depresión prenatal fue de 21 casos nuevos o 15.0% (IC 95%: 0.10-0.22). Las mujeres con depresión postparto tenían más probabilidades de reportar tener estrés económico reciente y conflicto con su pareja que aquellas sin depresión postparto (53% frente a 30% y 56% frente a 15%, respectivamente). También las mujeres en etapa postparto con depresión tenían más probabilidades de informar complicaciones del parto (34%) e ingreso en la sala de recién nacidos (16%). Cabe señalar que el estrés económico y el conflicto con la pareja tuvieron asociaciones estadísticamente significativas (OR = 2,73 (IC del 95%: 1,02 a 7,50, valor p = 0,046) y OR = 7,12 (IC del 95%: 2,62-20,67, valor de p <0,001), respectivamente) con el estado de depresión postparto.

Lenore R. Jarvis et al.⁽⁴²⁾ (2018) “Detección y derivación de la depresión posparto en un departamento de emergencias pediátricas” EE.UU., se realizó un estudio de cohorte piloto utilizando una muestra de conveniencia de madres (n = 209, todas las edades) de pacientes lactantes de 6 meses o menos que se presentaban a un departamento de emergencias pediátricas. Mediante la escala de depresión postparto de Edimburgo se dio a conocer que 57 de 209 encuestadas (27%; intervalo de confianza [IC] del 95%, 21% -33%) resultaron positivas para Depresión puerperal, con 14 (7%) que informaron pensamientos suicidas. El 47% nunca se había sometido a pruebas de detección anteriormente, incluido el 58% de las madres con pruebas positivas para depresión postparto. El estado de desempleo actual (razón

de posibilidades ajustada [ORa], 2,76; IC del 95%, 1,25-6,13) y la maternidad por primera vez (ORa, 3,92; IC del 95%, 1,72-8,91) se asociaron con un cribado positivo. Al mes de seguimiento, las madres (35/37) informaron que la detección de depresión puerperal basada en un departamento de emergencias pediátricas era importante.

Sifa Marie Joelle Muchanga et al.⁽⁴³⁾ (2017) “Factores de riesgo ginecológicos de depresión posparto antes de la concepción entre las mujeres japonesas: Estudio sobre el medio ambiente y los niños de Japón (JECS)”, este estudio es un análisis secundario de datos que se realizó en 82489 mujeres un mes después del parto y que respondieran a la Escala de Depresión Postnatal de Edimburgo. La prevalencia de depresión puerperal fue 14%, donde hubo factores de riesgo ginecológico asociado a la presencia de depresión postparto y estos son: endometriosis (OR, 1,27; IC del 95%: 1,15-1,41) , dismenorrea (OR, 1,13; IC del 95%: 1,06-1,21) y sangrado uterino anormal (OR, 1,21; IC del 95%: 1,15-1,29) ; también los factores sociodemográficos tales como la edad, educación, estado civil, e ingresos económicos estuvieron asociados al desarrollo de esta entidad.

Ravi Prakash Upadhyay et al.⁽⁴⁴⁾ (2017) “Depresión posparto en India: revisión sistemática y metanálisis”, en este estudio se revisaron las bases de datos PubMed®, Google Scholar y Embase® artículos sobre la prevalencia de la depresión posparto entre las madres indias publicados desde 2000 hasta el 31 de marzo de 2016. Se analizaron 38 estudios de 20.043 mujeres. Estos estudios son muy heterogéneos (I² = 96,8%), el intervalo de confianza es del 95% y el IC es (0,83-4,33). La estimación general de la prevalencia de depresión posparto después de la combinación es del 22% (IC del 95%: 19-25). Se excluyeron ocho estudios que informaron depresión posparto dentro de las 2 semanas posteriores al parto, la prevalencia combinada fue del 19% (IC del 95%: 17-22). En la prevalencia combinada de la edad de la madre, la ubicación geográfica y el entorno de investigación, las diferencias encontradas fueron pequeñas pero no significativas. Los factores de riesgo reportados para la depresión posparto incluyen dificultades financieras, presencia de violencia doméstica, antecedentes psiquiátricos de la madre, conflicto conyugal, apoyo insuficiente del esposo y el nacimiento de una niña.

Turkcapar A. et al.⁽⁴⁵⁾ (2015) “Características sociodemográficas y clínicas de la depresión posparto entre mujeres turcas: un estudio prospectivo” Turquía, este estudio tuvo una muestra de 540 mujeres puérperas que fueron examinadas utilizando la escala de Depresión posnatal de Edimburgo. Las mujeres informaron pensamientos suicidas durante el embarazo (OR: 6,99), antecedentes de depresión postparto anterior (OR: 6,64), violencia física durante el embarazo (OR: 6,20) o durante el período posparto (OR: 5,87), síntomas depresivos durante el embarazo (OR: 1,70), nivel subjetivamente más bajo de satisfacción con el embarazo (OR: 0,69) y embarazo no planificado (OR: 1,69) con mayor probabilidad de tener depresión postparto.

Antecedentes Nacionales

Pizarro C.⁽⁴⁶⁾ (2020) “Factores asociados a la depresión postparto: análisis secundario de la encuesta demográfica y de salud familiar del 2018” PERÚ, fue un estudio secundario observacional, analítico, retrospectivo, transversal. Tomando 2882 mujeres como muestra, se encontró que la tasa de prevalencia de depresión posparto fue de 3,12%, entre las cuales la categoría del sector más pobre fue la más baja, y los factores relacionados fueron importantes. El tipo de residencia rural (p: 0.040, ORa: 1.765, IC 1.025-3.040) y estado civil soltero (p: 0.040, ORa: 1.838, IC 1.027-3.287). Se correlacionaron varios abusos físicos sufridos por las madres durante el embarazo (p <0.033), pero no significativos.

Campos N.⁽⁴⁷⁾ (2017) “Nivel de depresión postparto en puérperas atendidas en el Hospital Nacional Dos de Mayo de Lima – Perú, 2017”, este estudio tuvo la participación de 138 puérperas atendidas en los consultorios de pediatría e inmunizaciones del Hospital Nacional Dos de Mayo de Lima – Perú entre enero y julio del 2017, fue de tipo descriptivo, transversal y se aplicó la encuesta de Depresión Post Parto de Edimburgo. Se evidenció una prevalencia de 59.4% de depresión postparto entre las evaluadas, de las cuales el 25.4% presentó una depresión menor y el 34% presentó una depresión mayor, en la dimensión de ideación suicida el 12.78% mostró ideas suicidas.

Young C.⁽⁴⁸⁾ (2017) “Factores asociados a depresión posparto en puérperas del servicio de obstetricia del Hospital Nacional Arzobispo Loayza” PERÚ, estudio analítico, observacional y de corte Transversal. Incluyó 209 mujeres en etapa postparto, de las cuales 26.32% presentó tamizaje positivo para depresión posparto. Se utilizó la escala de prueba de Edimburgo para averiguar el estado civil (soltero / separado y en pareja), hijos anteriores, abortos espontáneos previos, menos de 6 visitas prenatales, episodios depresivos previos antes y durante el embarazo, hable con las parejas antes del embarazo y el embarazo y la violencia durante el embarazo. El 52,72% de los que dieron positivo tenían ideación suicida.

Gelaye B. et al.⁽⁴⁹⁾ (2016)" Epidemiología de la depresión materna, factores de riesgo y resultados infantiles en países de ingresos bajos y medianos". EE.UU – PERÚ. Este estudio es un metanálisis de acuerdo con las directrices para el Metanálisis de Estudios Observacionales en Epidemiología. Se incluyó un total de 51 artículos completos en inglés que informaron sobre la prevalencia de la depresión preparto y 53 estudios sobre la prevalencia de la depresión posparto. La prevalencia de depresión postparto se determinó predominantemente mediante la Escala de depresión post parto de Edimburgo donde la prevalencia de depresión postparto fue del 19%. Varios factores de riesgo, incluida la angustia financiera y socio ambiental, aumentan la susceptibilidad a la depresión postparto. El estudio indica que la violencia de la pareja íntima es altamente prevalente en los países con ingresos económicos medianos y bajos, y es un factor de riesgo importante para la depresión postparto. Además del abuso infantil y el abuso por parte de la pareja íntima, el bajo nivel educativo de la madre, el bajo nivel socioeconómico en el momento del embarazo, la falta de apoyo social y los antecedentes de enfermedad mental se han identificado sistemáticamente como factores de riesgo de la depresión posparto en los países de ingresos bajos y medios.

Medina R.⁽⁵⁰⁾ (2016) "La relación entre las características demográficas de la Clínica Good Hope y el riesgo de depresión posparto en noviembre de 2015" (PERÚ), es un estudio descriptivo, de correlación, observacional, transversal, utilizando la Escala de Depresión Posparto de Edimburgo para detectar el riesgo de depresión posparto estuvo conformado por 110 mujeres que dieron a luz en la clínica Good Hope después del parto. Se

halló que el riesgo de depresión posparto era del 20% (el riesgo límite era del 10,91% y la posible depresión posparto era del 9,09%). Se encontró que la mayor proporción de mujeres tenía entre 26 y 30 años, 29%. El 96% de las personas conviven o están casadas, mientras que el 60% son primogénitos. El 88% de las personas recomiendan una cesárea; el 96% de las personas tienen educación superior; el 50% de las personas planean quedar embarazadas. No se encontró asociación entre el riesgo de Depresión posparto y las variables sociodemográficas.

Atencia O. ⁽⁵¹⁾(2015) “Factores de riesgo de depresión posparto en madres adolescentes tratadas en el Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión de abril a junio de 2015” (PERÚ), es un estudio transversal realizado en 180 personas utilizando la encuesta de Edimburgo en el cual los resultados de una correlación significativa entre la composición de las mujeres adolescentes posparto y la depresión posparto son: enfermedad durante el embarazo ($p = 0,025$; OR: 1,96), hospitalización durante el embarazo ($p < 0,001$; OR: 3,29) y complicaciones durante el embarazo Síntomas ($p < 0,001$; OR: 8,08), cesárea sección ($p = 0,005$; OR: 3,08), dificultades para amamantar ($p = 0,002$; OR: 2,60) y hospitalización infantil por complicaciones ($p < 0,001$; OR: 13,69). Los factores psicológicos de riesgo para depresión posparto son el recibir insultos de familiares o pareja ($p < 0,001$; OR: 3,29), la sensación de ansiedad ($p = 0,003$; OR: 2,81), la sensación de melancolía ($p = 0,001$; OR: 3,01), la sensación de culpabilidad ($p < 0,001$; OR: 6,05), la dificultad para concentrarse ($p < 0,001$; OR: 2,50), la dificultad para criar al bebé ($p = 0,005$; OR: 11,13), el tener un embarazo no deseado ($p = 0,009$; OR: 2,38), la depresión antes de la gestación ($p = 0,002$; OR: 9,00), la depresión durante la gestación ($p < 0,001$; OR: 5,73), la vivencia de un hecho estresante ($p < 0,001$; OR: 3,81), el antecedente familiar de depresión ($p = 0,02$; OR: 2,63), el no contar con el apoyo emocional de la pareja ($p < 0,001$; OR: 3,96) y el no tener una buena relación con la pareja ($p < 0,001$; OR: 42,31). Asimismo, los factores sociales de riesgo para depresión posparto son el tener una pareja que no cuenta con trabajo ($p < 0,001$; OR: 7,82), el no tener el apoyo económico de la pareja ($p < 0,001$; OR: 32,36) y el consumo de sustancias nocivas ($p = 0,023$; OR: 5,24).

2.2. BASES TEÓRICAS

Generalidades:

A nivel psicológico el parto estará sujeto a una alta presión, que degenerará en un trastorno de adaptación, un trastorno de la personalidad y un trastorno del estado de ánimo. Más del 40% de las mujeres padecen síntomas inespecíficos de depresión y ansiedad, mientras que entre el 10% y el 15% de las mujeres sufren de depresión. La depresión posparto se refiere a la depresión de la madre después del nacimiento del niño, se caracteriza por el llanto, la frustración y la incapacidad para hacer frente al papel de la madre, por lo general dura de 6 a 8 semanas, o incluso hasta el primer año. Este estado afectará profundamente la relación entre madres, bebés, parejas y familias nucleares o extendidas. Aunque la depresión posparto puede volverse severa, solo el 20% de las personas reciben tratamiento porque en muchos casos, las madres no creen que sea un problema.⁽⁵²⁾

En términos sociales, la depresión posparto puede estar mediada por varios factores. Por ejemplo la edad de las mujeres, sobretodo en el grupo de madres adolescentes no son lo suficientemente maduras para afrontar su papel de madre, lo que genera miedo. Asimismo, otros estudios han demostrado que los padres solteros suponen un mayor riesgo para la estabilidad emocional de la madre y la consideración de las necesidades de los hijos. Por otro lado, el nivel socioeconómico de la madre se ha relacionado con un vínculo materno inseguro. En este sentido, el apoyo emocional parental en la infancia está relacionado con la salud física y mental de los niños. Por lo tanto, las madres que no han recibido un apoyo emocional sólido de los padres tienen más probabilidades de sufrir depresión posparto.⁽⁵²⁾

Depresión postparto

La definición de depresión posparto no está clara. El DSM-V tiene un especificador de "episodio posparto" para la psicosis (depresión severa, manía, episodios mixtos o psicosis transitoria), que comienza dentro de las 4 semanas posteriores al parto; para la CIE-10 comienza 6 meses antes del parto, entonces se denomina "trastornos mentales relacionados

al puerperio ". Sin embargo, el tiempo recomendado por un panel de expertos son los primeros tres meses después del nacimiento. Un estudio realizado en Edimburgo encontró que el riesgo relativo (RR) de psicopatología es particularmente alto en los primeros 30 días después del parto (RR = 6), y el riesgo disminuye a medida que dejamos el momento del nacimiento (RR = 3,8). Teniendo en cuenta el tiempo de 90 días posparto), y se mantuvo en un nivel alto hasta 2 años después del parto (RR entre 90 días y 2 años posparto (RR = 1,3)).⁽⁵³⁾

CLASIFICACIÓN CLÍNICA

Los trastornos del estado del ánimo dentro de la etapa postparto se catalogan según síntomas y duración de los mismos, se clasifican de la siguiente manera:

Tristeza postparto

Conocido como baby blues, es un cambio de estado mental, principalmente debido a cambios hormonales, psicológicos y sociales. Aparece entre el 2do y 4to día después del parto. Es autolimitante y dura entre dos y tres semanas después del parto. La mayoría de los investigadores están de acuerdo en que del 50% al 80% de las madres experimentarán un bebé azul.⁽⁵⁴⁾

La depresión postnatal

Se trata de una enfermedad grave, generalmente sin autorrestricción. En los primeros 6 meses después del parto, las fluctuaciones de la mujer están entre el 10% y el 15%; este síndrome dura más que la depresión infantil, que es muy importante para las familias. El impacto es mayor. Según la clasificación de los trastornos mentales (DSM-5), la Asociación Estadounidense de Psiquiatría estipula que pueden incluirse los autores de la depresión denominada "posparto". En el DSM-5, "posparto" se reemplaza por "periparto", que puede actuar sobre cualquier episodio depresivo al comienzo del embarazo o dentro de las cuatro semanas posteriores al parto.⁽⁵⁴⁾

Psicosis postparto (PPP)

El DSM-5 no clasifica PPP como una entidad separada, pero usa PPP para definir otro tipo de enfermedad mental, como trastorno bipolar, depresión psicótica y esquizofrenia; establece

claramente que si aparece en estas patologías, debe especificar la "aparición posparto", siempre que aparezca en las primeras cuatro semanas después del parto. El riesgo de episodios posparto con características psicóticas previas es particularmente alto en mujeres que previamente han tenido episodios del estado de ánimo posparto, pero también es mayor en pacientes con antecedentes de la enfermedad.⁽⁵⁴⁾

FACTORES DE RIESGO VINCULADOS A LA DEPRESIÓN PUERPERAL

Nivel sociodemográfico

Podemos enmarcar aquí al nivel socioeconómico bajo siendo la falta de empleo, el no contar con una vivienda apropiada, el estar en un ambiente rural con escasos servicios básicos constituirían una de las causas de alteraciones de la aparición de estos trastornos, sin embargo algunos investigadores opinan que el sexo femenino es uno de los principales causales para la depresión.⁽⁵⁵⁾

Un estudio realizado por Alhusen et. Al. Indica que la pobreza es un poderoso predictor de depresión independientemente de la raza / etnia. Se han encontrado que casi el 40% de las madres que participan en Head Start, un programa que atiende principalmente a niños en edad preescolar de bajos ingresos y sus familias, pueden experimentar depresión. _Otros estudios han concluido que la raza y la etnia son factores de riesgo de depresión perinatal.⁽⁵⁶⁾

Asimismo el estrés es otro factor de riesgo establecido para la depresión perinatal. El estrés se puede conceptualizar de muchas maneras, y la mayoría de los estudios que han examinado la relación entre el estrés y la depresión lo han conceptualizado como eventos estresantes de la vida o molestias diarias siendo como tal un predictor de depresión perinatal.⁽⁵⁶⁾

Nivel ginecoobstétrico

Los factores de riesgo adicionales para la depresión perinatal incluyen complicaciones del embarazo. Numerosos estudios han examinado la relación entre el parto por cesárea y la depresión posparto, y la mayoría de los estudios concluyen que el modo de parto no es un predictor significativo; sin embargo, la investigación ha demostrado que las mujeres con una

fuerte preferencia por el parto vaginal pero que requieren un parto por cesárea tienen un mayor riesgo de depresión posparto en el período posparto temprano.⁽⁵⁶⁾

Violencia por parte de su pareja y/o esposo

Experimentar la violencia por parte de su pareja íntima también es un predictor de depresión perinatal. La investigación existente ha encontrado que entre el 3% y el 9% de las mujeres experimentan violencia por parte de su pareja íntima durante el embarazo, aunque existen factores de riesgo bien establecidos asociados con tasas más altas de abuso durante el embarazo, incluida la edad temprana, el nivel socioeconómico bajo, el estado civil de soltera. La investigación realizada en mujeres perinatales de bajos ingresos encontró que hasta el 85% de las mujeres que experimentaron violencia por parte de su pareja durante el embarazo también dieron positivo en la detección de sintomatología depresiva en la Escala de Depresión Postnatal de Edimburgo; estas mujeres tenían un riesgo significativamente mayor de ideas suicidas.⁽⁵⁶⁾

DIAGNÓSTICO

Un historial médico, un examen físico y un examen del estado mental correctos son importantes para evaluar los factores de riesgo de un parto anterior y el historial de depresión posparto. De manera similar, se debe preguntar directamente al paciente sobre los síntomas de dolor, fatiga, llanto y rechazo del bebé. El DSM-V determina que un episodio depresivo mayor debe tener 5 requisitos para un diagnóstico correcto:⁽⁵⁷⁾

- Estado de ánimo deprimido	- Anhedonia
- Afectación en apetito y peso	- Fatiga
- Enlentecimiento Psicomotor	- Agitación
- Autoestima baja o culpa	- Concentración
- Deseo de muerte	- Ideas suicidas

Además, se establece que la paciente tiene que presentar alguno de los siguientes síntomas expuestos por las dos semanas que establece el criterio diagnóstico:⁽⁵⁷⁾

1. Una calidad depresiva del estado de ánimo (con pérdida del interés o el placer)
2. Por un curso mínimo de dos semanas
3. Acompañada de síntomas
4. Que estos síntomas desencadenen malestar o discapacidad
5. Que no contravenga criterios de exclusión

La herramienta más utilizada para diagnosticar la depresión posparto es la Escala de depresión posparto de Edimburgo (TABLA 1), que se considera un método fácil de probar que se puede aplicar rápidamente a las consultas médicas y que pueden utilizar los funcionarios de salud. La Escala de depresión posparto de Edimburgo fue diseñada por Cox, Holden y Sagovsky para ayudar a los profesionales de la atención primaria de salud a diagnosticar correctamente la depresión posparto.⁽⁵⁷⁾

1. He sido capaz de reírme y ver el lado divertido de las cosas:	<ul style="list-style-type: none"> • Tanto como siempre • No tanto ahora • Mucho menos ahora • No, nada
2. He disfrutado mirar hacia delante:	<ul style="list-style-type: none"> • Tanto como siempre • Menos que antes • Mucho menos que antes • Casi nada
3. Cuando las cosas han salido mal, me he culpado a mí misma innecesariamente:	<ul style="list-style-type: none"> • Si, la mayor parte del tiempo • Si, a veces • No con mucha frecuencia • No, nunca
4. He estado nerviosa o inquieta sin tener motivo:	<ul style="list-style-type: none"> • No, nunca • Casi nunca • Si, a veces • Si, con mucha frecuencia
5. He sentido miedo o he estado asustadiza sin tener motivo	<ul style="list-style-type: none"> • Si, bastante • Si, a veces • No, no mucho • No, nunca

6. Las cosas me han estado abrumando:	<ul style="list-style-type: none"> • Si, la mayor parte del tiempo no he podido hacer las cosas en absoluto. • Si, a veces no he podido hacer las cosas tan bien como siempre. • No, la mayor parte del tiempo he hecho las cosas bastante bien. • No, he estado haciendo las cosas tan bien como siempre
7. Me he sentido tan desdichada que he tenido dificultades para dormir:	<ul style="list-style-type: none"> • Si, la mayor parte del tiempo • Si, a veces • No con mucha frecuencia • No, nunca
8. Me he sentido triste o desgraciada:	<ul style="list-style-type: none"> • Si, la mayor parte del tiempo • Si, bastante a menudo • No con mucha frecuencia • No, nunca
9. Me he sentido tan desdichada que he estado llorando:	<ul style="list-style-type: none"> • Si, la mayor parte del tiempo • Si, bastante a menudo • Sólo ocasionalmente • No, nunca
10. Se me ha ocurrido la idea de hacerme daño:	<ul style="list-style-type: none"> • Si, bastante a menudo • A veces • Casi nunca • nunca
Fuente: Enrique Jadresic M. Depresión Perinatal: Detección y tratamiento. Revista Médica Clínica Las Condes. 2014; 25;(6):1019 - 1028	

2.3. DEFINICIÓN DE CONCEPTOS OPERACIONALES

Síntomas depresivos: Sentimientos de llanto, depresión e impotencia o incapacidad para afrontar la situación, principalmente en el cuidado del recién nacido y las tareas del hogar. También incluye un sentido del instinto y la autoinspección, porque no aman ni cuidan lo suficiente a sus hijos.⁽⁵⁸⁾

Post parto: etapa que se extiende desde expulsión placentaria hasta un periodo de seis a doce semanas, en dicha etapa ocurren múltiples cambios anatómicos, fisiológicos y psicológicos.⁽⁵⁹⁾

CAPITULO III: HIPÓTESIS Y VARIABLES

3.1. HIPÓTESIS: GENERAL, ESPECÍFICAS

Hipótesis General

HG. Existen factores asociados a síntomas depresivos en mujeres de 15 a 49 años dentro del primer año postparto. ENDES 2017 – 2019.

Hipótesis Específicas

HE1. Existen características sociodemográficas asociadas a síntomas depresivos en mujeres de 15 a 49 años dentro del primer año postparto. ENDES 2017 – 2019.

HE 2. Existen factores ginecoobstétricos asociados a los síntomas depresivos en mujeres de 15 a 49 años dentro del primer año postparto. ENDES 2017 - 2019.

HE 3. Existen antecedentes de violencia domestica asociados a los síntomas depresivos en mujeres de 15 a 49 años dentro del primer año postparto. ENDES 2017 – 2019.

3.2. VARIABLES PRINCIPALES DE INVESTIGACIÓN

Variable dependiente:

- **Síntomas depresivos en el postparto:** Todos los síntomas dentro de los 12 meses posteriores al parto del último embarazo.

Variables Independientes:

Variables Sociodemográficas: referido a la edad, sexo, zona urbana y rural, situación civil, la educación son considerados determinantes sociales de la salud de tipo estructural. ⁽⁶⁰⁾

- **Edad:** referido al tiempo que ha vivido una persona. ⁽⁶¹⁾
- **Nivel educativo:** es el grado más elevado de estudios realizados o en curso, sin tener en cuenta si se han terminado o están provisional o definitivamente incompletos. ⁽⁶²⁾
- **Lengua materna:** el primer idioma que adquiere una persona cuando nace y que después forma parte de su vida como un instrumento de comunicación. También se conoce con el nombre de lengua nativa.
- **Tipo de Residencia:** Lugar en que se reside. Ya sea en zona urbana o rural.
- **Estado Civil:** Situación en la que se encuentra una persona, según sus circunstancias, legislación y a la que el ordenamiento concede ciertos efectos jurídicos.
- **Nivel de Riqueza:** Identifica a personas o grupos poblacionales en situación de pobreza, vulnerabilidad o exclusión, a través de una Clasificación Socioeconómica (CSE) que se hace de los ciudadanos. ⁽⁶³⁾

Variables Ginecoobstétricas: aborto provocado, malformaciones congénitas, aborto recurrente, cicatriz uterina de cesárea, muerte perinatal, bajo peso al nacer, parto prematuro, rotura prematura de membranas. ⁽⁶⁰⁾

- **Control Prenatal:** conjunto de acciones y actividades que se realizan con la mujer embarazada, dirigidas a mantener una buena salud materna, alcanzar el desarrollo normal del feto y obtener un recién nacido en óptimas condiciones. ⁽⁶⁴⁾
- **Número de controles prenatales:** 6 controles prenatales según la normativa del Ministerio de Salud. ⁽⁶⁵⁾
- **Parto por cesárea:** Se realiza por personal especializado y se lleva a cabo en un institución de salud con los equipos adecuados y en óptimas condiciones, implica seguimiento estricto de los cuidados que debe tener la puérpera, y también se

considera los aspectos culturales, afectivos, psicológicos y sociales relacionados con la maternidad.⁽⁶⁶⁾

- **Planificación del embarazo:** permite a las personas tener el número de hijos que desean y determinar el intervalo entre embarazos. Se logra mediante la aplicación de métodos anticonceptivos y el tratamiento de la esterilidad. Es la capacidad de la mujer para decidir si quiere embarazarse y en qué momento tiene una repercusión directa en su salud y bienestar.⁽⁶⁷⁾
- **Complicaciones Pre y Post parto:** son problemas de salud que se dan durante el período de gestación y que repercute antes del parto con síntomas y signos presentes como sangrado, fiebre, complicaciones placentarias, etc. También dentro de las complicaciones post parto está la preeclampsia, eclampsia, convulsiones y otros signos presentes que llevarán a la puerpera a ser atendida de manera oportuna y rápida.⁽⁶⁸⁾

VARIABLES SOBRE ANTECEDENTES DE VIOLENCIA DOMÉSTICA: se refiere al abuso sexual, físico y/o psicológico que ocurre entre parejas, padres, hijos y padres y entre hermanos. A menudo las mujeres son el blanco de las agresiones, y es en el hogar donde existe mayor riesgo para que se presente esta violencia.⁽⁶⁹⁾

- **Infidelidad:** ocurre cuando un individuo tiene una involucración sexual fuera de su relación primaria, con o sin el consentimiento de su pareja.⁽⁷⁰⁾
- **Violencia emocional o psicológica:** por lo general acompaña a las otras formas de violencia y que también tiene como base la desigualdad de género, incluye varias formas de afectación tales como: insultos relacionados con el aspecto físico de la persona, con su inteligencia, con sus capacidades como trabajadora, con su calidad como madre, esposa o ama de casa y humillaciones de todo tipo.⁽⁷¹⁾
- **Violencia verbal:** comprende una serie de conductas que también someten a una persona en una relación desigual. Es una actitud clandestina, usualmente sólo la pareja del abusador lo oye. Es frecuente que esta actitud se intensifique con el tiempo hasta que las personas se acostumbran y se adaptan a ella.⁽⁷²⁾

- **Violencia física:** es una forma de agresión producida por la aplicación de la fuerza física no accidental, caracterizada por lesiones variables sobre el cuerpo de la persona agredida, con consecuencias leves o graves, incluso la muerte, pero que siempre tienen efectos traumáticos de orden psicológico o emocional ya que es generada con una intencionalidad específica.⁽⁷²⁾
- **Violencia sexual:** es toda acción u omisión, voluntaria o involuntaria, protagonizada por un hombre o una mujer, contra otra persona, que causando daño físico o emocional, vulnera los derechos sexuales de la otra persona, le impide o limita la satisfacción de sus necesidades sexuales e inhibe el pleno desarrollo de su sexualidad.⁽⁷²⁾
- **Violencia familiar:** la componen todos aquellos actos y omisiones, que se constituyen en repetidos abusos físicos, psicológicos, sexuales y patrimoniales, realizados por una persona de la familia con la cual se mantiene una relación afectiva, de confianza y/o sexual.⁽⁷²⁾

CAPITULO IV: METODOLOGÍA

4.1. TIPO Y DISEÑO DE INVESTIGACIÓN

El tipo de estudio es analítico, pues pretende demostrar la asociación entre las variables estudiadas; retrospectivo, porque las muestras fueron recolectadas durante los años 2017, 2018 y 2019; observacional, debido a que no se manipularon las variables ni hubo intervención del investigador y transversal porque la medición de las variables se hizo en un solo momento según lo reportado en la metodología de la ENDES.

El presente trabajo de investigación se ha desarrollado en el contexto del VII CURSO – TALLER DE TITULACION POR TESIS según enfoque y metodología publicada. ⁽⁷³⁾

4.2. POBLACIÓN Y MUESTRA

Compuesta por todas las mujeres de 15 a 49 años dentro de los primeros 12 meses posterior al parto en el Perú.

Tamaño muestral

Para efectos de esta investigación se eligieron variables respecto a síntomas depresivos dentro del primer año postparto, variables sociodemográficas, ginecoobstétricas y antecedentes de violencia doméstica. Las variables de interés se encontraron en diferentes archivos de datos de la ENDES 2017 – 2019. Se formó un solo archivo conteniendo las variables incluyendo para su selección los criterios de inclusión y exclusión.

Al fusionar los archivos de datos, se logró completar un archivo con una muestra de 4915 mujeres dentro del primer año postparto, para el año 2017 el archivo contenía 1683 mujeres, para el año 2018, contenía 1661 y para el año 2019 el número de mujeres fue de 1571. Con la finalidad de dar validez al número de observaciones se calculó la potencia de la prueba, obteniéndose un valor del 100%, esto debido al número grande de la muestra.

CRITERIOS DE INCLUSIÓN

Mujeres en etapa postparto ≥ 15 años y ≤ 49 años en el Perú entre los años 2017-2019.

Mujeres dentro de los primeros 12 meses posteriores al parto.

CRITERIOS DE EXCLUSIÓN

Mujeres en etapa postparto que no hayan respondido los ítems de todas las variables del ENDES 2017 - 2019.

Tipo de muestreo

La muestra se caracteriza por ser bietápica, probabilística de tipo equilibrado, estratificada e independiente, a nivel departamental y por área urbana y rural, según diseño de muestra reportado en la metodología para la ENDES de los años 2017,2018 y 2019

4.3. OPERACIONALIZACION DE VARIABLES

Ver anexo 9

4.4. TÉCNICAS E INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS

Para la presente investigación se utilizó como fuente de datos las ENDES 2017, 2018 y 2019; datos que se obtuvieron al acceder al portal web del Instituto Nacional de Estadística e Informática (<https://www.inei.gob.pe>), para ello se ingresó a la sección de “consultas por encuestas”, posteriormente a la sección de “micro datos” y finalmente descargar los archivos de extensión .sav correspondiente a las ENDES 2017 – 2019 que fueron necesarias para la ejecución del estudio. Se tomaron las variables de interés, luego se procedió a unir las bases de datos para cada variable y unirlo en una sola base de datos, la que fue usada para el análisis y obtención de los resultados del presente trabajo.

4.5. RECOLECCIÓN DE DATOS

Las variables que se usaron para medir síntomas depresivos fueron: QS700A, QS700B, QS700C, QS700D, QS700E, QS700 F, QS700G, QS700H, QS700I que se encontraron en el archivo CSALUD01 estando estas variables en mención incluidas en el instrumento Patient Health Questionnaire de 9 (PHQ-9) basado en los criterios del DSM- IV y esto nos permitió evaluar si presentaron algún síntoma de depresivo.. Las variables sociodemográficas: QSSEXO, QS23, QS709 (archivo CSALUD01), V025, V190 (archivo REC011), S108N,

S119 (archivo REC91). Las variables Ginecoobstétricas: M14, M2N, M17, M10 (archivo REC41); S426GA, S426GB, S426GC, S426GD y S426GE (archivo REC94); B3 (archivo REC21); V008 (archivo REC0111). Las variables sobre antecedente de violencia doméstica: D101B, D101C, D103A, D103B, D104, D105A, D105B, D105C, D105D, D105H, D115B, D115C, D115Y, D118A se encuentran en el archivo REC84DV.

Finalmente se tomaron en cuenta las variables referidas al diseño muestral. La variable PESO15_AMAS para los pesos muestrales se dividió entre un millón para así obtener los pesos muestrales que se incorporaron para la obtención de los resultados. Además de la variable de ponderación antes mencionada se tomaron en cuenta la variable de estratificación HV022 y la variable que identifica los conglomerados QHCLUSTER.

4.6. TÉCNICA DE PROCESAMIENTO Y ANÁLISIS DE DATOS

Para el procesamiento de los datos se diseñó un archivo que contienen las variables de interés además de las variables que se utilizaron para declarar el diseño muestral. Se utilizó el software estadístico SPSS versión 25.0 para la elaboración de la base de datos teniendo como variable llave el identificador de los hogares (CASEID) y el identificador de los conglomerados (HHID). Para el análisis de los datos se generó y utilizó CSPLAN que contiene el diseño muestral de la encuesta. Se utilizó el módulo de muestras complejas para el análisis univariado (ver anexo 1) y bivariado. Para el análisis univariado se diseñaron tablas de frecuencia calculándose frecuencias, porcentajes acompañados de los coeficientes de variabilidad.

Para el análisis bivariado se utilizó el módulo de muestras complejas del SPSS que contiene el diseño muestral y se calcularon porcentajes para las variables cualitativas. Como medida de asociación se utilizó la prueba estadística F corregida para muestras complejas similar a la prueba estadística chi cuadrado.

Se calcularon las razones de prevalencia crudas y ajustadas como medida de asociación por tratarse de un estudio transversal analítico, acompañado de sus intervalos de confianza al 95%. Para el cálculo de las razones de prevalencia crudas y ajustadas se utilizó el modelo de regresión de Poisson con varianza robusta para respuesta dicotómica incorporando los factores de ponderación. Este modelo de regresión de Poisson es el modelo estadístico

perteneciente a la familia exponencial de los modelos lineales generalizados que permite modelar razones de prevalencia.

Se generó un modelo de regresión de Poisson para las variables sociodemográficas, las variables ginecoobstétricas y las variables acerca de los antecedentes de violencia doméstica. Finalmente, se identificó en cada uno de los modelos aquellas variables que resultaron con asociación estadísticamente significativa para ingresarlas en un modelo final dado que el estudio tiene como objetivo identificar factores asociados con los síntomas depresivos en mujeres de 15 a 49 años dentro del primer año postparto. Se utilizó el software estadístico STATA V.15 considerando las variables QHCLUSTER y las ponderaciones muestrales.

4.7. ASPECTOS ÉTICOS

El presente estudio ha sido elaborado utilizando una base de datos secundaria por lo tanto los aspectos éticos corresponden a lo mencionado según ENDES 2017, 2018 y 2019, asegurándose la confidencialidad de la información expuesta mediante la recolección por medio de códigos para cada entrevistada, así mismo se evaluó por el comité de ética de la Facultad de Medicina humana de la Universidad Ricardo Palma. Cuyo código de aprobación es **PG-091-2020**.

CAPITULO V: RESULTADOS Y DISCUSIÓN

5.1. RESULTADOS

Se seleccionó una muestra total de 4915 mujeres entre 15 y 49 años de edad dentro del primer año post parto. Para el año 2017 la muestra fue de 1683 (34,2%), para el 2018 fue de 1661 (33,8%) y el año 2019 fue de 1571 (32,0%). (Ver **Tabla 1.**)

Tabla 1. Distribución de la muestra, según año.

Año	Muestra	Porcentaje
2017	1683	34,2
2018	1661	33,8
2019	1571	32,0
Total	4915	100,0

Fuente: Datos obtenidos de la encuesta ENDES 2017, 2018, 2019

La prevalencia de síntomas depresivos en mujeres entre 15 y 49 años de edad dentro del primer año post parto para los tres años fue de 4,3% (IC 95%: 3,5 – 5,3); para el año 2017 la prevalencia encontrada fue de 3,7% (IC95%: 2,5 – 5,5), el año 2018 fue de 4,0% (IC 95%: 2,7 – 5,8) y para el 2019 fue de 5,2% (IC95%: 3,8 – 7,1). (Ver **Tabla 2.**)

Tabla 2. Síntomas depresivos en mujeres de 15 a 49 años de edad dentro del primer año post parto. ENDES 2017-2019

Síntomas depresivos	Muestra total		Año 2017		Año 2018		Año 2019	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Si	220	4,3	66	3,7	72	4	82	5,2
No	4695	95,7	1617	96,3	1589	96	1571	94,8

Fuente: Datos obtenidos de la ENDES 2017, 2018, 2019

Entre las variables sociodemográficas analizadas solo se encontró asociación con lengua materna (F corregida= 4,059; p=0,044), estado civil (F corregida= 10,543; p=0,001) y nivel de riqueza (F corregida= 3,437; p=0,011). A medida que aumenta la edad el porcentaje de síntomas depresivos aumenta. En aquellas mujeres hasta los 25 años el porcentaje de síntomas depresivos es de 3.5% mientras en las que están en el grupo etario de 36 a más el porcentaje de síntomas depresivos es 5.9%; las mujeres que tienen nivel educativo superior a más tienen 3.1% de síntomas depresivos mientras que las que tienen secundaria el porcentaje es 5.2%; aquellas mujeres que hablan otra lengua diferente al castellano el porcentaje de síntomas depresivos es de 3.9% en comparación de las que hablan solo castellano que es el 6.4%; las mujeres que residen en el área urbana el porcentaje de síntomas depresivos es de 4.6% mientras las que residen en el área rural es de 3.2%; las mujeres casadas el porcentaje de síntomas depresivos fue de 3.8% en comparación a las madres solteras que fue de 9.3% para síntomas depresivos; las mujeres con nivel de riqueza rico el porcentaje de síntomas depresivos es de 6.7% a comparación de las mujeres con nivel de riqueza muy pobre que fue de 3.4% para síntomas depresivos. (Ver **Tabla 3**).

Tabla 3. Asociación entre síntomas depresivos con variables sociodemográficas en mujeres de 15 a 49 años de edad dentro del primer año post parto. ENDES 2017 – 2019.

Variables Sociodemográficas	Con Síntomas		Sin Síntomas		p valor ^{a/}
	n	% ^{b/}	n	% ^{b/}	
Edad (años)					
<i>Hasta 25</i>	54	3.5	1577	96.5	0.126
<i>De 26 a 35</i>	116	4.2	2293	95.8	
<i>De 36 a 49</i>	50	5.9	825	94.1	
Nivel Educativo					
<i>Primaria a menos</i>	51	4.4	1039	95.6	0.081
<i>Secundaria</i>	115	5.2	2193	94.8	
<i>Superior a más</i>	54	3.1	1463	96.9	
Lengua Materna					
<i>Otra lengua</i>	150	3.9	3529	96.1	0.044
<i>Castellano</i>	70	6.4	1166	93.6	
Tipo de Residencia					

<i>Rural</i>	66	3.2	1561	96.8	0.060
<i>Urbano</i>	154	4.6	3134	95.4	
Estado Civil					
<i>Soltera</i>	27	9.3	339	90.7	0.001
<i>Casada</i>	193	3.8	4356	96.2	
Niveles de Riqueza					
<i>Muy pobre</i>	66	3.4	1551	96.6	0.011
<i>Pobre</i>	68	4.9	1328	95.1	
<i>Ni pobre ni rico</i>	40	4.4	845	95.6	
<i>Rico</i>	34	6.7	596	93.3	
<i>Muy rico</i>	12	1.6	375	98.4	

a/ p valor obtenido con la prueba F corregida para muestras complejas

b/. Porcentaje ponderado

Fuente: Elaboración propia, datos obtenidos del INEI, encuesta ENDES 2017-2018-2019

Entre las variables Ginecoobstétricas analizadas solo se encontró asociación con el número de controles prenatales (F corregida = 4,002; p= 0.046), planificación del embarazo (F corregida = 3,129; p= 0.044) y complicaciones pre y post parto (F corregida = 5,191; p = 0.23). En aquellas mujeres con controles prenatales el porcentaje de síntomas depresivos es de 4.3% comparado con las que no tienen controles prenatales que tiene un porcentaje de 5.3% para síntomas depresivos; las mujeres con más de 6 controles prenatales el porcentaje de síntomas depresivos es de 3.9% mientras que las mujeres que tienen menos de 6 controles prenatales el porcentaje de síntomas depresivos es de 7.2%; las mujeres que no tuvieron cesárea el porcentaje de síntomas depresivos fue de 4.1% comparado con las que si fueron cesareadas que tienen un porcentaje de 4.6% con síntomas depresivos; las mujeres que querían quedar embarazadas tienen un porcentaje de 3.6% con síntomas depresivos mientras las que no querían quedar embarazada tuvieron un porcentaje de 6.5% de síntomas depresivos; las mujeres que no presentaron complicaciones pre y postparto el porcentaje de síntomas depresivos fue de 3.7% a diferencia de las que sí tuvieron complicaciones en el pre y postparto con un porcentaje de 6.2% con síntomas depresivos (**Ver Tabla 4**).

Tabla 4. Asociación entre síntomas depresivos con variables ginecoobstétricas en mujeres de 15 a 49 años de edad dentro del primer año post parto. ENDES 2017 – 2019.

Variables Ginecoobstétricas	Con Síntomas		Sin Síntomas		p valor a/
	n	% b/.	n	% b/.	
Control Prenatal					
SI	217	4.3	4631	95.7	0.750
NO	3	5.3	64	94.7	
N° de Controles Prenatales					
<6	33	7.2	570	92.8	0.046
≥6	187	3.9	4125	96.1	
Parto por Cesárea					
SI	69	4.6	1470	95.4	0.645
NO	151	4.1	3225	95.9	
Planificación del embarazo					
No quería quedar Embarazada	75	6.5	1010	93.5	0.044
Quería esperar más tiempo	66	3.9	1411	96.1	
Quería quedar Embarazada	79	3.6	2274	96.4	
Complicaciones Pre y Post parto					
SI	79	6.2	981	93.8	0.023
NO	141	3.7	3714	96.3	

a/ p valor obtenido con la prueba F corregida para muestras complejas

b/. Porcentaje ponderado

Fuente: Elaboración propia, datos obtenidos del INEI, encuesta ENDES 2017-2018-2019

Entre las variables sobre antecedentes de violencia domestica analizadas se encontró asociación con todas las variables elegidas para su estudio. Cuando la pareja le acusa de ser infiel (F corregida = 9,641; p = 0.002), la pareja le impide que visite a sus amistades (F corregida = 21,662; p = 0.000), la pareja la humilla y amenaza con hacerle daño (F corregida = 51,953; p = 0.000), la violencia emocional (F corregida = 47,373 ; p = 0.000), la pareja alguna vez la empujo o sacudió (F corregida = 49.996 ; p = 0.000), la pareja alguna vez la abofeteó (F corregida = 44,244; p = 0.000), la pareja la golpeo con puño o con algo que le pudo hacer daño (F corregida = 21,162; p = 0.000), la pareja alguna vez la pateó o arrastro (F corregida = 21,008; p= 0.000), la pareja la ha forzado a tener relaciones sexuales (F corregida = 19,199; p = 0.000), la pareja alguna vez la lastimo físicamente (F corregida = 18,711; p = 0.000),la pareja la maltrato físicamente durante el embarazo (F corregida = 20,323; p = 0.000), la maltrato físico por el papá (F corregida = 7,790; p = 0.005); excepto

con el maltrato físico por parte de su mamá (F corregida = 0.293; p = 0.588). Aquellas mujeres que no fueron maltratadas por parte de sus madres el porcentaje de síntomas depresivos es de 4.3% en comparación con las mujeres que fueron maltratadas por parte de sus madres donde el porcentaje para síntomas depresivos fue de 6.0%. Aquellas mujeres donde su pareja le acusa de ser infiel, su pareja le impide que visite a sus amistades, su pareja la humilla y amenaza con hacerle daño, mujeres que presentaron violencia emocional por su pareja, su pareja alguna vez la empujo o sacudió, su pareja alguna vez la abofeteó, su pareja la golpeo con puño o con algo que le pudo hacer daño, su pareja alguna vez la pateó o arrastro, su pareja la ha forzado a tener relaciones sexuales, su pareja alguna vez la lastimo físicamente, su pareja la maltrato físicamente durante el embarazo y que recibieron maltrato físico por el papá representan el porcentaje de síntomas depresivos con 8.2%; 10.5% ; 13%; 10.8%; 10.9%; 12.9%; 11%; 13.4%; 16.7%; 8.8%; 17.7%; 11.3% respectivamente. (Ver **Tabla 5**).

Tabla 5. Asociación entre síntomas depresivos según antecedentes de violencia doméstica en mujeres de 15 a 49 años de edad dentro del primer año post parto. ENDES 2017 – 2019.

Variables sobre antecedentes de violencia domestica	Con Síntomas		Sin Síntomas		p valor ^{a/}
	n	% ^{b/.}	n	% ^{b/.}	
Pareja le acusa de ser infiel					
SI	45	8.2	457	91.8	0.002
NO	175	3.9	4238	96.1	
Pareja le impide que visite a sus amistades					
SI	52	10.5	429	89.5	0.000
NO	168	3.6	4266	96.4	
Pareja la humilla y amenaza con hacerle daño					
SI	74	13.0	541	87.0	0.000
NO	146	3.1	4154	96.9	
Violencia emocional por su pareja					
SI	91	10.8	778	89.2	0.000
NO	129	2.9	3917	97.1	
Pareja alguna vez la empujo o sacudió					

<i>SI</i>	97	10.9	825	89.1	0.000
<i>NO</i>	123	2.9	3870	97.1	
Pareja alguna vez la abofeteó					
<i>SI</i>	73	12.9	514	87.1	0.000
<i>NO</i>	147	3.3	4181	96.7	
Pareja la golpeo con puño o con algo que le pudo hacer daño					
<i>SI</i>	60	11.0	419	89.0	0.000
<i>NO</i>	160	3.7	4276	96.3	
Pareja alguna vez la pateó o arrastro					
<i>SI</i>	41	13.4	271	86.6	0.000
<i>NO</i>	179	3.8	4424	96.2	
Pareja la ha forzado a tener relaciones sexuales					
<i>SI</i>	25	16.7	130	83.3	0.000
<i>NO</i>	195	3.9	4565	96.1	
Pareja alguna vez la lastimo físicamente					
<i>SI</i>	68	8.8	717	91.2	0.000
<i>NO</i>	152	3.4	3978	96.6	
Pareja la maltrato físicamente durante el embarazo					
<i>SI</i>	24	17.7	120	82.3	0.000
<i>NO</i>	196	4.0	4575	96.0	
Maltrato físico por la mamá					
<i>SI</i>	8	6.0	109	94.0	0.588
<i>NO</i>	212	4.3	4586	95.7	
Maltrato físico por el papá					
<i>SI</i>	17	11.3	135	88.7	0.005
<i>NO</i>	203	4.1	4560	95.9	

a/ p valor obtenido con la prueba F corregida para muestras complejas

b/. Porcentaje ponderado

Fuente: Elaboración propia, datos obtenidos del INEI, encuesta ENDES 2017-2018-2019

Además del uso de la prueba F corregida se calcularon las razones de prevalencia (RP) tanto crudas como ajustadas haciendo uso del modelo de regresión Poisson para varianza robusta, incorporando las variables para la declaración del diseño muestral. Entre las variables sociodemográficas se observó asociación estadísticamente significativa de los síntomas depresivos con la edad, lengua materna, estado civil y nivel de riqueza. En aquellas mujeres

cuyas edades se encuentran entre 36 a 49 años de edad existe 2.26 veces mayor posibilidad de presentar síntomas depresivos en comparación con las mujeres menores a 25 años (RP = 2,26 ; C: 1,245 – 4,121); así también aquellas mujeres que tienen una lengua materna diferente a la del castellano tienen 1.78 veces mayor posibilidad de que presenten síntomas depresivos comparadas con aquellas cuya lengua materna es el castellano (RP = 1,78; IC: 1,044 - 3,040); aquellas madres casadas tienen 2.62 veces mayor posibilidad de que presenten síntomas depresivos comparadas con aquellas madres solteras (RP = 2,62; IC: 1,550 – 4,453); aquellas mujeres cuyo nivel de riqueza es rico tienen 4,02 veces mayor posibilidad de presencia de síntomas depresivos post parto comparadas con aquellas mujeres cuyo nivel de riqueza es muy rico (RP= 4,02; IC: 1,727 – 9,382); seguido del nivel de riqueza: pobre (RP=2.56 ; IC: 1,013 – 6,450); ni pobre ni rico (RP= 2,39, IC: 0,962 – 5.940) y finalmente el muy pobre (RP= 2,06, IC: 0,761 – 5,567). **(Ver tabla 6).**

Tabla 6. Variables sociodemográficos asociados con síntomas depresivos en mujeres de 15 a 49 años de edad dentro del primer año post parto. ENDE 2017 – 2019.

Variables Sociodemográficas	RP Crudos	IC 95%	RP Ajustados	IC 95%
Edad (años)				
<i>De 36 a 49</i>	1.71	0.970 - 3.020	2.26	1.245 - 4,121
<i>De 26 a 35</i>	1.20	0.757 - 1.902	1.49	0.939 - 2.357
<i>Hasta 25</i>	1.00			
Nivel Educativo				
<i>Secundaria</i>	1.65	1.013 - 2.699	1.66	0.928 - 2.987
<i>Primaria a menos</i>	1.42	0.870 - 2.322	1.53	0.843 - 2.783
<i>Superior a más</i>	1.00			
Lengua Materna				
<i>Otra lengua</i>	1.66	1.014 - 2.711	1.78	1.044 - 3.040
<i>Castellano</i>	1.00			
Tipo de Residencia				
<i>Urbano</i>	1.42	0.979 - 2.065	1.51	0.920 - 2.475
<i>Rural</i>	1.00			
Estado Civil				
<i>Soltera</i>	2.48	1.428 - 4.306	2.62	1.550 - 4.453
<i>casada</i>	1.00			
Niveles de Riqueza				
<i>Muy pobre</i>	2.09	1.000 - 4.375	2.06	0.761 - 5.567
<i>Pobre</i>	3.01	1.409 - 6.447	2.56	1.013 - 6.450
<i>Ni pobre ni rico</i>	2.73	1.172 - 6.340	2.39	0.962 - 5.940
<i>Rico</i>	4.12	1.836 - 9.263	4.02	1.727 - 9.382
<i>Muy rico</i>	1.00			

Fuente: Elaboración propia, datos obtenidos del INEI, encuesta ENDES 2017-2018-2019

Del mismo modo, se analizaron las variables ginecoobstétricas obteniéndose las razones de prevalencia crudas y ajustadas. Entre las variables ginecoobstétricas se observó asociación estadísticamente significativa para los síntomas depresivos con la planificación del embarazo y complicaciones pre y post parto. Aquellas mujeres que no querían quedar embarazadas tienen 1,68 veces mayor posibilidad de presentar síntomas depresivos respecto al grupo de mujeres que querían quedar embarazadas (RP = 1,68; IC: 1.040 - 2.710); aquellas mujeres que presentaron complicaciones pre y post parto existe 1,61 veces mayor posibilidad de presentar síntomas depresivos en comparación con las mujeres que no presentaron complicaciones pre y post parto (RP = 1,61; IC: 1,044 – 2,482). (Ver tabla 7).

Tabla 7. Variables Ginecoobstétricas asociados con síntomas depresivos en mujeres de 15 a 49 años de edad dentro del primer año post parto. ENDE 2017 – 2019.

Variables Ginecoobstétricas	RP Crudos	IC 95%	RP Ajustados	IC 95%
Control Prenatal				
SI	1.23	0.339 - 4.491	0.82	0.207 - 3.240
NO	1.00			
N° de Controles Prenatales				
<6	1.83	1.014 - 3.286	1.64	0.934 - 2.880
≥6	1.00			
Parto por Cesárea				
SI	1.11	0.715 - 1.718	1.15	0.742 - 1.781
NO	1.00			
Planificación del embarazo				
No quería quedar Embarazada	1.82	1.090 - 3.034	1.68	1.040 - 2.710
Quería esperar más tiempo	1.09	0.661 - 1.785	1.06	0.646 - 1.736
Quería quedar Embarazada	1.00			
Complicaciones Pre y Post parto				
SI	1.66	1.069 - 2.592	1.61	1.044 - 2.482
NO	1.00			

Fuente: Elaboración propia, datos obtenidos del INEI, encuesta ENDES 2017-2018-2019

Asimismo, se analizaron las variables sobre antecedentes de violencia doméstica obteniéndose las razones de prevalencia crudas y ajustadas. Entre las variables sobre antecedentes de violencia doméstica se observó asociación estadísticamente significativa para los síntomas depresivos con la pareja que alguna vez la empujó o sacudió y con la pareja que alguna vez la lastimo físicamente. En aquellas mujeres cuya pareja alguna vez la empujaron o sacudieron existe 1,83 veces mayor posibilidad de presentar síntomas depresivos en comparación con las mujeres cuya pareja no la empujaron ni sacudieron (RP = 1,83; IC: 1,127 – 3,004); aquellas mujeres cuya pareja alguna vez la lastimaron físicamente tienen 2,23 veces mayor posibilidad de presentar síntomas depresivos respecto de aquellas cuya pareja no las lastimo físicamente (RP= 2,23; IC: 1.344 - 3.689). **(Ver Tabla 8).**

Tabla 8. Antecedentes de violencia domestica asociados con síntomas depresivos en mujeres de 15 a 49 años de edad dentro del primer año post parto. ENDE 2017 – 2019.

Variables sobre antecedentes de violencia domestica	RP Crudos	IC95%	RP Ajustados	IC 95%
Pareja le acusa de ser infiel				
<i>SI</i>	2.09	1.312 - 3.332	0.78	0.401 - 1.533
<i>NO</i>	1.00			
Pareja le impide que visite a sus amistades				
<i>SI</i>	2.90	1.832 - 4.604	1.34	0.687 - 2.630
<i>NO</i>	1.00			
Pareja la humilla y amenaza con hacerle daño				
<i>SI</i>	4.16	2.781 - 6.236	1.73	0.812 - 3.705
<i>NO</i>	1.00			
Violencia emocional por su pareja				
<i>SI</i>	3.69	2.498 - 5.440	1.20	0.542 - 2.690
<i>NO</i>	1.00			
Pareja alguna vez la empujo o sacudió				
<i>SI</i>	3.73	2.539 - 5.468	1.83	1.127 - 3.004
<i>NO</i>	1.00			
Pareja alguna vez la abofeteó				
<i>SI</i>	3.92	2.581 - 5.958	1.52	0.821 - 2.816
<i>NO</i>	1.00			

Pareja la golpeo con puño o con algo que le pudo hacer daño				
<i>SI</i>	2.93	1.822 - 4.720	0.77	0.337 - 1.766
<i>NO</i>	1.00			
Pareja alguna vez la pateó o arrastro				
<i>SI</i>	3.50	2.019 - 6.056	0.92	0.423 - 2.020
<i>NO</i>	1.00			
Pareja la ha forzado a tener relaciones sexuales				
<i>SI</i>	4.25	2.198 - 8.224	1.56	0.769 - 3.182
<i>NO</i>	1.00			
Maltrato físico por la mamá				
<i>SI</i>	1,42	0.405 - 4.951	0.55	0.141 - 2.131
<i>NO</i>	1.00			
Maltrato físico por el papá				
<i>SI</i>	2.76	1.347 - 5.653	1.15	0.524 - 2.523
<i>NO</i>	1.00			
Pareja alguna vez la lastimó físicamente				
<i>SI</i>	2.57	1.655 - 3.983	2.23	1.344 - 3.689
<i>NO</i>	1.00			
Pareja la maltrato físicamente durante el embarazo				
<i>SI</i>	4.47	2.295 - 8.686	1.45	0.743 - 2.812
<i>NO</i>	1.00			

Fuente: Elaboración propia, datos obtenidos del INEI, encuesta ENDES 2017-2018-2019

Finalmente aquellas variables que resultaron asociadas a los síntomas depresivos en el análisis bivariado ingresaron a un modelo de regresión Poisson con varianza robusta para identificar las variables asociadas. El estado civil, nivel de riqueza, la pareja la humilla y amenaza con hacerle daño, la pareja alguna vez la empujó o sacudió y la pareja alguna vez la lastimó físicamente fueron las variables que resultaron asociadas a síntomas depresivos. Las madres solteras tienen 1,97 veces mayor posibilidad de presencia de síntomas depresivos respecto de del grupo de madres casadas (RP= 1.97; IC: 1.110 – 3,514); aquellas mujeres cuya nivel de riqueza es pobre y rico tienen 3,76 y 2,19 veces mayor posibilidad de presentar síntomas depresivos respecto de aquel grupo cuyo nivel de riqueza es muy rico (RP = 3,76; IC: 1.649 - 8.580; RP = 2,19 ; IC: 1.003 - 4.793) respectivamente; aquellas mujeres cuya pareja la humilla y amenaza con hacerle daño tienen 2,22 veces mayor posibilidad de

presencia de síntomas depresivos respecto de aquellas mujeres cuya pareja no la humilla o amenaza con hacerle daño (RP = 2,22; IC: 1,334 – 3,695); aquellas mujeres cuya pareja alguna vez la empujaron o sacudieron tienen 2,19 veces mayor posibilidad de presencia de síntomas depresivos; las mujeres cuya pareja alguna vez la lastimaron físicamente tienen 2,27 veces mayor posibilidad de presencia de síntomas depresivos (RP = 2.27; IC: 1.428 - 3.605). (Ver Tabla 9).

Tabla 9. Variables asociadas con síntomas depresivos en mujeres de 15 a 49 años de edad dentro del primer año post parto. ENDES 2017 – 2019

VARIABLES FINALES	RP Ajustados	IC 95%	p valor
Estado Civil			
<i>Soltera</i>	1.97	1.110 - 3.514	0.021
<i>Casada</i>			
Niveles de Riqueza			
<i>Muy pobre</i>	1.91	0.889 - 4.090	0.097
<i>Pobre</i>	2.19	1.003 - 4.793	0.049
<i>Ni pobre ni rico</i>	2.03	0.881 - 4.698	0.096
<i>Rico</i>	3.76	1.649 - 8.580	0.002
<i>Muy rico</i>			
Pareja alguna vez la empujo o sacudió			
<i>SI</i>	2.19	1.411 - 3.406	0.000
<i>NO</i>			
Pareja alguna vez la lastimó físicamente			
<i>SI</i>	2.27	1.428 - 3.605	0.001
<i>NO</i>			

Fuente: Elaboración propia, datos obtenidos del INEI, encuesta ENDES 2017-2018-2019

5.2. DISCUSIÓN DE RESULTADOS

Los síntomas depresivos afectan negativamente tanto en la salud física como mental de muchas madres, afectando también a sus hijos, a su propio entorno familiar y conyugal, siendo una complejidad su diagnóstico es decir la depresión postparto, llegando a presentar: un primer episodio o a veces incluso precedida por síntomas depresivos en la propia gestación, en embarazos previos o en el periodo postparto. La mayoría de los estudios donde se evalúa la depresión postparto informan una incidencia del 10 al 15% a nivel mundial, esto debido a tener un contexto biológico, psicológico, cultural siendo los pilares importantes para el desarrollo de esta entidad.⁽⁷⁴⁾

Respecto a la prevalencia de síntomas depresivos en mujeres dentro de los últimos 12 meses postparto se encontró una prevalencia de 4.3% (IC 95%: 3.5 – 5.3) para los 3 años estudiados, este resultado son similares a los estudios realizados por Ahmad N. A.⁽³⁸⁾ en clínicas de Malasia donde se reporta una prevalencia de depresión postparto de 4,4% (IC 95%: 2.9 – 6.7), y por Ogbo F.A et.al.⁽⁴⁰⁾ quien en su estudio realizado en las instalaciones de salud pública en el país de Australia reportó una prevalencia de 3.3% siendo ambos estudios realizados en el extranjero; lo hecho por Ahmad N. A.⁽³⁸⁾ tuvo como participantes a mujeres que tenían entre 6 y 16 semanas postparto las cuales se registraron en clínicas de atención primaria de la salud a diferencia del presente estudio que fue una encuesta realizada con un mayor margen de tiempo ya que fue dentro del primer año postparto y este periodo, según un estudio realizado en Edimburgo no deja escapar la posibilidad de un diagnóstico a tiempo ya que la aparición de síntomas depresivos pueden aparecer hasta 2 años después del parto⁽⁵³⁾. También en el Perú se reportaron estudios realizados por Campos V. y Matos. P, en los años 2017 y 2018 respectivamente en el cual se reportó 3.12% de prevalencia de depresión postparto realizado por Matos P. similar a la prevalencia del presente estudio ya que también se utilizó la ENDES 2018; cabe resaltar que los resultados del presente trabajo involucraron a tres años en conjunto y al unir bases estadísticas se creó un solo modelo por lo cual difiere de los resultados hallados por Matos P. en lo que respecta al tamaño de muestra y a diferencia del estudio realizado por Matos P. en el presente estudio se tomaron en cuenta un número mayor de variables para su asociación con síntomas depresivos; así mismo en el estudio descriptivo – transversal “Nivel de depresión postparto en puérperas atendidas en el Hospital

Nacional 2 de Mayo” realizado por Campos V. ⁽⁴⁷⁾ en 138 puérperas, se encontró una prevalencia de 59,4% de depresión postparto que difiere del presente estudio y este resultado probablemente se deba a que se realizó con menor población y en un tiempo de 2 meses en los consultorios de pediatría e inmunizaciones del hospital en mención y además se empleó como herramienta la escala de depresión postparto de Edimburgo a diferencia del presente estudio donde el instrumento para medir síntomas depresivos fue el PHQ-9 (Patient Health Questionnaire-9).

Para los años 2017, 2018 y 2019 se halló una prevalencia de síntomas depresivos del 3.7%, 4% y 5.2% respectivamente, evidenciándose un aumento en la prevalencia según los años de estudio; que difiere del resultado del estudio hecho por Roumieh M. ⁽²⁹⁾ en un centro público de salud en Damasco (SIRIA) el cual para el año 2017 dio una prevalencia para síntomas depresivos del 28.2%, esta variación en la prevalencia posiblemente se deba a las limitaciones en la metodología y las diferencias en el diseño ya que como recolección de datos se utilizó el cuestionario de la escala depresión postparto de Edimburgo y es importante señalar que el País Sirio atravesaba una gran crisis en la organización y tamizaje de mujeres puérperas para el diagnóstico de depresión postparto; sin embargo el estudio hecho por Roumieh M ⁽²⁹⁾ fue dentro de los 45 días postparto a diferencia del presente estudio que se hizo dentro del primer año postparto y esto es importante ya que se podría dejar de lado a las mujeres que posterior a los 45 días puedan presentar síntomas depresivos; también en el estudio realizado por Gonzales et. Al. ⁽³⁴⁾ en el año 2018 “Factores asociados a depresión postparto” en Cuba tuvo una prevalencia para los síntomas depresivos de 12.23%, a diferencia del presente estudio donde se halló una prevalencia del 4% y esta divergencia entre ambas prevalencias se deba al punto de corte en donde se utilizó la escala de depresión postparto de Edimburgo además del contexto sociocultural y socioeconómico; cabe resaltar que fue dentro de los 6 primeros meses post parto y difiere del presente estudio donde se tomó como rango 12 meses ya que los estudios a nivel nacional realizado por Vega-Dienstmaier ⁽⁵³⁾ señalan que la depresión postparto puede estar presente incluso dentro de los dos primeros años del postparto; por ultimo para el año 2019 la prevalencia de síntomas depresivos en el presente estudio es de 5.2% que a diferencia del estudio realizado por Mariana et al. “Tamizaje de síntomas depresivos postparto en madres adolescentes mexicanas y factores de riesgo asociados” en el año 2019 se reportó una prevalencia de 10.3% y esto se debería a importantes diferencias en

la metodología y toma de muestra entre ambos estudios, por ejemplo la población en la cual solo se tomó en cuenta a las adolescentes entre 13 y 18 años a diferencia de la población en el presente estudio ya que dentro de los criterios de inclusión fueron mujeres en etapa postparto entre los 15 a 49 años de edad, y esto se debe a que las encuestas del ENDES son hechas para aquel rango de edad, así también como la falta de pruebas homogéneas y estandarizadas para medir los síntomas depresivos ya que ambos estudios utilizaron diferentes instrumentos.

Dentro de todos los factores sociodemográficos estudiados desde el año 2017 al 2019 en el análisis bivariado resultaron asociados las variables: Lengua materna, Estado civil y nivel de riqueza; mientras que en el multivariado las variables asociadas fueron: edad de 36 a 49 años (RP= 2.26 IC: 1.245 - 4,121); otras lenguas (RP=1.78 IC: 1.044 - 3.040); estado civil soltera (RP=2.62 IC: 1.550 - 4.453) y nivel de riqueza Pobre y Rico (RP= 2.56;IC:1.013 - 6.450; RP= 4.02; IC:1.727 - 9.382), a diferencia del estudio de los factores asociados a depresión postnatal en Colombia hecho por Hernández et.al. ⁽²⁵⁾ donde no se evidencio significancia estadística para la variable edad (p valor = 0,658), esto probablemente se deba a que en el estudio en mención solo se tomaron en cuenta a pacientes puérperas entre los 21 y 30 años de edad y al no tener un rango mayor en la edad como en el presente estudio pueda pasar desapercibido el hecho que en mujeres adolescentes se desarrollen síntomas depresivos y por ello estén más expuestas a la angustia emocional, a la poca experiencia tras el parto y a ello se suma una carga para el cuidado del hijo como lo demuestra el estudio realizado en mujeres puérperas adolescentes por Mariana L. et. al.⁽³³⁾; así mismo el estado civil no mostro significancia estadística para los estudios realizados por Hernández et.al. ⁽²⁵⁾, a diferencia del presente estudio donde el estado civil soltera se relaciona con mayor incidencia de síntomas depresivos en estas mujeres al igual que lo estudios hechos por Solomon Shitu et al. ⁽³¹⁾, Alianok G. et al.⁽³⁴⁾, Pizarro C.⁽⁴⁶⁾ y Sifa Marie Joelle Muchanga et al.⁽⁴³⁾ y esto probablemente se deba a que toda madre soltera se enfrenta a situaciones de ejercer una responsabilidad sin el apoyo de un familiar o incluso de una pareja en muchas ocasiones por lo tanto la manera de relacionarse y responder a las necesidades de su infante será más difícil, según lo demuestra el estudio hecho por Atencia O. ⁽⁵¹⁾ “Factores de riesgo de depresión posparto en madres adolescentes tratadas en el Hospital Nacional Daniel Alcides Carrion de abril a junio de 2015”), el no contar con el apoyo emocional de la pareja (p<0.001; OR: 3.96)

y el no tener una buena relación con la pareja ($p < 0.001$; OR: 42.31) llevaría a estas mujeres a desarrollar síntomas depresivos y esto repercutiría en consecuencias determinantes en el desarrollo de su infante; por último para el nivel socioeconómico según los factores asociados a depresión postnatal en Colombia hecho por Hernández et al. ⁽²⁵⁾ no se evidencia significancia estadística con un (p valor = 0,392) sin embargo cabe señalar que el presente estudio abarca 3 años, en el cual se aprecia relación estadística para el desarrollo de síntomas depresivos con el nivel socioeconómico así como lo realizado por Gelaye B. et al. ⁽⁴⁹⁾, Ravi Prakash Upadhyay et al. ⁽⁴⁴⁾ y Linnet Ongeru et al. ⁽⁴¹⁾, esto se debe a que en los países de bajos recursos económicos y en vías de desarrollo la vigilancia hacia el tamizaje psicológico a las madres en la etapa postparto no lleva un seguimiento apropiado debido a las diferentes políticas de gobierno y a la organización, planeamiento y ejecución de programas para despistaje de depresión postparto dentro de los centros de atención primaria de la salud como lo menciona el metanálisis realizado por Gelaye B. et al. ⁽⁴⁹⁾ en 23 países de bajos recursos económicos en el cual reportó que existe un gran desafío para el tratamiento y diagnóstico oportuno debido a que la atención prenatal suele ser el primer y único momento de interacción con el sistema de atención médica, sin embargo también el nivel de riqueza rico en el presente estudio se asocia a síntomas depresivos resultados que difieren del estudio realizado por Linnet Ongeru et al. ⁽⁴¹⁾ en el año 2018 en 188 mujeres keniatas donde existe significancia estadística asociado a nivel económico bajo para el desarrollo de depresión postparto con un OR = 2,73 (IC 95 %: 1,02–7,50, valor de $p = 0,046$), y esto se deba probablemente a que los síntomas depresivos no selecciona un estrato social por ser una entidad que afecta la parte psicológica y física de estas mujeres en etapa postparto.

Dentro de todos los factores ginecoobstétricos estudiados desde el año 2017 al 2019 en el análisis bivariado resultaron asociadas las variables: controles prenatales, planificación del embarazo y complicaciones pre y post parto; quedando en el multivariado solo las variables: planificación del embarazo la cual se asoció a presentar síntomas depresivos en aquellas madres que no querían quedar embarazadas (RP=1.68; IC: 1.040 – 2.710) similar al estudio realizado en 180 mujeres puérperas en Perú por Atencia O. ⁽⁵¹⁾ en el año 2015 donde el embarazo no deseado representó mayor asociación a síntomas depresivos (RP:2.38; IC:1.23 – 4.60), al igual que el estudio hecho por Ahmad N.A. ⁽³⁸⁾ en 6,669 mujeres en Malasia donde indica que el embarazo no deseado tiene mayor posibilidad de presencia de síntomas

depresivos (OR= 3.32; IC: 2.35 – 4.69) y ello se debe al temor de estas madres al experimentar una combinación compleja de cambios físicos, emocionales y de comportamiento después del parto que en muchas ocasiones no son previstas y llegan en un momento en la cual no están preparadas para asumir este rol y ello conlleva a estrés, ansiedad y frustración síntomas que van sumando para el desarrollo de esta entidad, siendo incluso hasta cuatro veces mayor en adolescentes sin educación como lo menciona el estudio realizado por Atencia O.⁽⁵¹⁾; asimismo presentar complicaciones pre y postparto (RP= 1.61; IC:1.044 - 2.482) está asociado a síntomas depresivos al igual que en los estudios realizados por Olivas A.⁽⁵¹⁾ en el Perú, Khadka Rosha et al.⁽²³⁾ en Nepal y por Abel Fekadu Dadi et al.⁽²⁴⁾ en África, donde se señala que las complicaciones del parto se asocian al desarrollo de síntomas depresivos (RP= 8.08; IC: 2.96 – 22.07), (OR 21,9 [IC del 95%: 7,30 a 65,9]) y (OR = 2,85; IC del 95 %: 1,29–6,25) respectivamente para cada estudio y ello se debe a condiciones obstétricas deficientes como lo menciona el estudio realizado por Abel Fekadu Dadi et al.⁽²⁴⁾ en África ya que al no aportarle la debida información y orientación a la gestante en sus centros de salud en todo el periodo de gestación y las complicaciones que puedan darse, favorecería al desarrollo de estrés, ansiedad y de incertidumbre que finalmente podría llevarla a estas mujeres a experimentar síntomas depresivos debido a la alta carga de estrés ante un evento adverso como preeclampsia, abortos previos, endometriosis y hemorragias postparto como lo menciona el estudio hecho en Japón por Sifa Marie Joelle Muchanga et al.⁽⁴³⁾. Cabe resaltar que el presente estudio y el realizado por Olivas A.⁽⁵¹⁾ en el Perú ambos se trabajaron con diferentes diseños en la metodología estadística por ejemplo el uso de instrumentos para medir síntomas depresivos tales como la escala de depresión postparto de Edimburgo y la escala PHQ-9 respectivamente y a ello también se suma que la investigación realizada por Olivas A.⁽⁵¹⁾ se hizo en el Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión en 180 madres a diferencia del presente estudio donde se tomaron bases estadísticas del ENDES 2017-2019, y se pudo obtener mayor cantidad en la muestra de mujeres puérperas dentro del primer año postparto porque la estimación exacta depende de lo adecuado del tamaño de la muestra.

Se observó asociación de todas las variables sobre antecedentes de violencia doméstica en el análisis bivariado a excepción de la variable que corresponde al maltrato físico por la mamá desde el año 2017 al 2019 con la presencia de síntomas depresivos, sin embargo en el análisis

multivariado solo se asociaron: pareja la empujo o sacudió (RP= 1.83; IC: 1.127 - 3.004) y pareja la lastimo físicamente (RP= 2.23; IC: 1.344 - 3.689), similar al metanálisis realizado por Abel Fekadu Dadi et al. ⁽²⁴⁾ en 10 países de África donde la violencia física y psicológica por parte de la pareja tiene un (OR = 2.87; IC 95%: 1.60–5.16) para el diagnóstico de depresión postparto y esto debido a alta tasa de incidencia de violencia hacia la mujer afectando emocionalmente sobre todo a las madres con baja autoestima como lo señala el estudio en mención; así también estudios realizados por Ahmad NA.et. al. ⁽³⁸⁾ en malasia y Tho Nhi T. et. al. ⁽³²⁾ en Vietnam reportan que la violencia física y psicológica por parte de la pareja como del entorno familiar guardan asociación para el desarrollo d síntomas depresivos con un (RP=2.34; IC: 1.12 – 4.87) y (OR: 2.75; IC: 1.19 – 6.35); sin embargo existen estudios donde los antecedentes de violencia domestica no guardan asociación con el desarrollo de depresión postparto como lo detalla lo realizado por Sussmann L. et al. ⁽²⁶⁾ en 700 mujeres púerperas en Brasil donde la violencia por parte de su pareja no mostró una asociación estadísticamente significativa (OR= 0,072; IC: 0,06 - 0,20) y esto debido a que se produjo un “sesgo de recuerdo” tal como lo señala el estudio hecho por Sussmann L. et al. ⁽²⁶⁾ ya que son temas muy delicados y algunas mujeres pueden sentirse obligadas a dar respuestas "aceptables" cuando se trata de problemas sobre violencia doméstica o por parte de la pareja semejante al resultado obtenido en el presente estudio.

Por último se elaboró un modelo final para los 3 años estudiados donde las variables asociadas a síntomas depresivos dentro del primer año postparto fueron: estado civil soltera (RP= 1.97; IC: 1.110 - 3.514), nivel de riqueza: Pobre y Rico (RP= 2.19; IC: 1.003 - 4.793; RP= 3.76; IC: 1.649 - 8.580), pareja alguna vez la empujo o sacudió (RP= 2.19; IC:1.411 - 3.406) y pareja alguna vez la lastimo físicamente (RP= 2.27; IC:1.428 - 3.605). En el estudio hecho por Shitu S. et. al. ⁽³¹⁾ donde participaron 596 mujeres en etapa post parto en etiopia también se evidencia que las madres solteras tuvieron asociación para el desarrollo de la depresión post parto (OR= 3.45; IC: 1.35 – 8.82); al igual que en el estudio transversal hecho por Gaviria S.L. et. al. ⁽³⁵⁾ sobre síntomas depresivos perinatales donde las madres solteras tienen mayor riesgo de presentar depresión post parto (OR: 2.90; IC: 1.15 – 7.32). El nivel de riqueza en el artículo “Factores asociados a depresión postnatal en púerperas en Colombia” hecho por Hernández et. al. ⁽⁷⁵⁾ no tiene una asociación estadísticamente significativa para esta variable (p= 0.392) a diferencia del presente trabajo que si guarda

asociación para el desarrollo de síntomas depresivos en el post parto y esto se debe a que el estudio realizado por Hernández tuvo una muestra inferior a la estudiada en el presente trabajo ya que solo se contó con 203 puérperas; así mismo en el estudio “Determinantes de la depresión prenatal y posnatal en Australia” hecho por Ogbo F.A. et.al.⁽⁴⁰⁾ el nivel de riqueza rico resulto como factor protector para depresión postparto (OR= 0.5; IC:0.3 – 0.7) a diferencia del presente estudio donde la variable Rico tuvo un RP= 3.76 (IC: 1.649 - 8.580) este resultado posiblemente se deba a que las mujeres con un nivel socioeconómico alto tengan un factor de estrés que podría ser laboral o familiar debido a la preocupación de dar lo mejor para su familia y que no carezcan de algún bien necesario que afecte la salud física o emocional de ellas mismas como el de sus hijos o pareja. En cuanto al tema de violencia doméstica en el estudio hecho por Ahmad N.A. et. al.⁽³⁸⁾ se analiza que las mujeres que sufren violencia emocional (OR= 3.79; IC: 1.93 – 7.45) y física (OR= 2.34 IC: 1.12 – 4.87) tienen mayor probabilidad de presentar depresión post parto resultados que para el presente trabajo también tiene asociación para madres que han sufrido violencia física (RP= 2.27; IC: 1.428 - 3.605) y emocional (RP= 2.22; IC: 1.334 - 3.695).

CAPITULO VI: CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

6.1. CONCLUSIONES

1. Los factores asociados a síntomas depresivos son el estado civil soltera, el nivel de riqueza rico y pobre, pareja alguna vez la empujo o sacudió y pareja alguna vez la lastimó físicamente.
2. Las variables sociodemográficas; estado civil y nivel de riqueza fueron las que se encontraron asociadas significativamente con los síntomas depresivos en mujeres entre 15 y 49 años de edad dentro del primer año post parto para los tres años.
3. Las variables ginecobstetricias; no se encuentran asociadas significativamente con los síntomas depresivos en mujeres entre 15 y 49 años de edad dentro del primer año post parto para los tres años.
4. Las variables de violencia domestica; la pareja la humilla y amenaza con hacerle daño, la pareja alguna vez la empujo o sacudió y la pareja alguna vez la lastimo físicamente fueron las variables que resultaron asociadas a síntomas depresivos en mujeres entre 15 y 49 años de edad dentro del primer año post parto para los tres años.

6.2. RECOMENDACIONES

1. Seguir implementando tamizajes de depresión post parto en el servicio de Ginecología y obstetricia en el área de hospitalización así como en los consultorios.
2. Realizar estudios tomando en cuenta el estrato económico rico, con la finalidad de describir mejor las asociaciones con síntomas depresivos que se encontraron en este trabajo sobretodo en la población femenina que es el grupo de análisis donde existe mayor prevalencia de síntomas depresivos.

3. Realizar campañas de promoción y prevención de Salud Mental para brindar mayor información del tema a las mujeres y a sus familiares para que encuentren un adecuado soporte emocional.
4. En el caso de las mujeres que presentan síntomas depresivos y violencia doméstica brindarles asesoría multidisciplinaria gratuita (abogados, psiquiatra y psicólogo) donde ellas puedan acudir y sentirse seguras para prevenir futuros casos de agresión física y psicológica mientras continúan con su tratamiento. Adicionalmente sería apropiado conocer la historia familiar de cada caso que esté relacionado a mujeres dentro de un entorno violento.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Sanchez C, Azucena M. Factores sociodemográficos, primiparidad y su relación con la depresión postparto en puérperas de 20 a 34 años atendidas en el Hospital Nacional Docente Madre Niño San Bartolomé - enero 2017. Repos Tesis - UNMSM [Internet]. 2017 [citado 11 de noviembre de 2020]; Disponible en: <https://cybertesis.unmsm.edu.pe/handle/20.500.12672/6017>
2. Rojas G, Santelices MP, Martínez P, Tomicic A, Reinel M, Olhaberry M, et al. Barriers restricting postpartum depression treatment in Chile. Rev Médica Chile [Internet]. Abril de 2015 [citado 11 de noviembre de 2020]; 143(4):424-32. Disponible en: https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S0034-98872015000400002&lng=en&nrm=iso&tlng=en
3. Mendoza B C, Saldivia S. Actualización en depresión postparto: el desafío permanente de optimizar su detección y abordaje. Rev Médica Chile [Internet]. Julio de 2015 [citado 11 de noviembre de 2020]; 143(7):887-94. Disponible en: https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S0034-98872015000700010&lng=es&nrm=iso&tlng=es
4. Poles MM, Carvalheira APP, Carvalhaes MA de BL, Parada CMG de L. Síntomas depresivos maternos no puerpérico inmediato: fatores asociados. Acta Paul Enferm [Internet]. Julio de 2018 [citado 11 de noviembre de 2020]; 31(4):351-8. Disponible en: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S0103-21002018000400351&lng=pt&nrm=iso&tlng=pt
5. Meléndez M, Díaz M, Bohorjas L, Cabaña A, Casas J, Castrillo M, et al. Depresión postparto y los factores de riesgo. Salus [Internet]. 2017 [citado 11 de noviembre de 2020]; 21(3):7-12. Disponible en: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=375955679003>
6. OMS | Salud mental [Internet]. WHO. World Health Organization; [citado 11 de noviembre de 2020]. Disponible en: http://www.who.int/mental_health/es/

7. Delgado-Quiñones EG, López-Trejo LA, Mariscal-Rivera CE, Hernández-Rivera LN, Orozco-Sandoval R. Prevalencia de depresión en embarazadas en primer nivel de atención de la Unidad de Medicina Familiar 171 del Instituto Mexicano del Seguro Social. Rev Médica MD [Internet]. 15 de mayo de 2015 [citado 11 de noviembre de 2020]; 6.7 (4):237-41. Disponible en: <https://www.medigraphic.com/cgi-bin/new/resumen.cgi?IDARTICULO=60315>
8. Rojas G, Guajardo V, Martínez P, Fritsch R, Rojas G, Guajardo V, et al. Depresión posparto: tamizaje, uso de servicios y barreras para su tratamiento en centros de atención primaria. Rev Médica Chile [Internet]. Septiembre de 2018 [citado 12 de noviembre de 2020]; 146(9):1001-7. Disponible en: https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S0034-98872018000901001&lng=es&nrm=iso&tlng=es
9. Marcos-Nájera R, Rodríguez-Muñoz M de la F, Izquierdo-Mendez N, Olivares-Crespo ME, Soto C, Marcos-Nájera R, et al. Depresión perinatal: rentabilidad y expectativas de la intervención preventiva. Clínica Salud [Internet]. 2017 [citado 11 de noviembre de 2020]; 28(2):49-52. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S1130-52742017000200049&lng=es&nrm=iso&tlng=es
10. Rodríguez-Muñoz M de la F, Olivares ME, Izquierdo N, Soto C, Huynh-Nhu L, Rodríguez-Muñoz M de la F, et al. Prevención de la depresión perinatal. Clínica Salud [Internet]. Noviembre de 2016 [citado 11 de noviembre de 2020]; 27(3):97-9. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S1130-52742016000300001&lng=es&nrm=iso&tlng=es
11. Guintivano J, Manuck T, Meltzer-Brody S. Predictors of Postpartum Depression: A comprehensive review of the last decade of evidence. Clin Obstet Gynecol [Internet]. Septiembre de 2018 [citado 11 de noviembre de 2020]; 61(3):591-603. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6059965/>

12. Romero R D, Orozco R LA, Ybarra S JL, Gracia R BI. Sintomatología depresiva en el post parto y factores psicosociales asociados. Rev Chil Obstet Ginecol [Internet]. Abril de 2017 [citado 12 de noviembre de 2020]; 82(2):152-62. Disponible en: https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S0717-75262017000200009&lng=es&nrm=iso&tlng=es
13. Bermejo-Sánchez FR, Peña-Ayudante WR, Espinoza-Portilla E, Bermejo-Sánchez FR, Peña-Ayudante WR, Espinoza-Portilla E. Depresión perinatal en tiempos del COVID-19: rol de las redes sociales en Internet. Acta Médica Peru [Internet]. Enero de 2020 [citado 12 de noviembre de 2020]; 37(1):88-93. Disponible en: http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S1728-59172020000100088&lng=es&nrm=iso&tlng=es
14. 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 [Internet]. 29 de abril de 2019 [citado 12 de noviembre de 2020]; 15. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6492376/>
15. Ortiz Martinez RA, Gallego Betancourt CX, Buitron Zuñiga EL, Meneses Valdés YD, Muñoz Fernandez NF, Gonzales Barrera MA. Prevalencia de tamiz positivo para Depresión Postparto en un Hospital de tercer nivel y posibles factores asociados. Rev Colomb Psiquiatr [Internet]. Octubre de 2016 [citado 13 de noviembre de 2020]; 45(4):253-61. Disponible en: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S0034-74502016000400005&lng=en&nrm=iso&tlng=es
16. Norhayati MN, Nik Hazlina NH, Asrenee AR, Wan Emilin WMA. Magnitude and risk factors for postpartum symptoms: A literature review. J Affect Disord [Internet]. 1 de abril de 2015 [citado 13 de noviembre de 2020]; 175:34-52. Disponible en: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0165032714008271>
17. Bendezu S, Catalina MZ. Factores de riesgo de depresión postparto en puérperas del hospital de baja complejidad vitarte octubre – diciembre 2018. Univ Nac Federico

- Villarreal [Internet]. 2019 [citado 13 de noviembre de 2020]; Disponible en: <http://repositorio.unfv.edu.pe/handle/UNFV/2986>
18. Caparros-Gonzalez RA, Romero-Gonzalez B, Peralta-Ramirez MI. Depresión posparto, un problema de salud pública mundial. Rev Panam Salud Pública [Internet]. 10 de julio de 2018 [citado 13 de noviembre de 2020]; 42:e97. Disponible en: <https://scielosp.org/article/rpsp/2018.v42/e97/>
 19. WHO | Maternal mental health [Internet]. WHO. World Health Organization; [citado 13 de noviembre de 2020]. Disponible en: https://www.who.int/mental_health/maternal-child/maternal_mental_health/en/
 20. Resolución Ministerial N° 658-2019/MINSA [Internet]. [Citado 13 de noviembre de 2020]. Disponible en: <https://www.gob.pe/institucion/minsa/normas-legales/285438-658-2019-minsa>
 21. PERÚ Instituto Nacional de Estadística e Informática [Internet]. [Citado 13 de noviembre de 2020]. Disponible en: <http://iinei.inei.gob.pe/microdatos/>
 22. Al Nasr RS, Altharwi K, Derbah MS, Gharibo SO, Fallatah SA, Alotaibi SG, et al. Prevalence and predictors of postpartum depression in Riyadh, Saudi Arabia: A cross sectional study. PLoS ONE [Internet]. 10 de febrero de 2020 [citado 13 de noviembre de 2020]; 15(2). Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7010279/>
 23. Khadka R, Hong SA, Chang Y-S. Prevalence and determinants of poor sleep quality and depression among postpartum women: a community-based study in Ramechhap district, Nepal. Int Health [Internet]. 11 de julio de 2019 [citado 11 de enero de 2021]; 12(2):125-31. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7057136/>
 24. Dadi AF, Akalu TY, Baraki AG, Wolde HF. Epidemiology of postnatal depression and its associated factors in Africa: A systematic review and meta-analysis. PLoS ONE [Internet]. 28 de abril de 2020 [citado 13 de noviembre de 2020]; 15(4). Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7188237/>

25. Hernández GEJ, Jaramillo YMP, Pérez MO, Salazar JG, Vélez KA. Factores asociados a depresión posnatal en puérperas de Colombia, según escala de Edimburgo. Cienc E Innov En Salud [Internet]. 14 de agosto de 2020 [citado 13 de noviembre de 2020]; Disponible en: <https://revistas.unisimon.edu.co/index.php/innovacionsalud/article/view/3898>
26. Sussmann LGPR, Faisal-Cury A, Pearson R. Depression as a mediator between intimate partner violence and postpartum sexual issues: a structural analysis. Rev Bras Epidemiol Braz J Epidemiol. 2020; 23:e200048. Disponible en: <https://www.scielo.br/j/rbepid/a/sXGwDRqSMJC4pnHC6cxZQJp/?lang=en>
27. Afshari P, Tadayon M, Abedi P, Yazdizadeh S. Prevalence and related factors of postpartum depression among reproductive aged women in Ahvaz, Iran. Health Care Women Int. Marzo de 2020; 41(3):255-65. Disponible en: <https://www.tandfonline.com/doi/full/10.1080/07399332.2019.1578779>
28. Silveira MF, Mesenburg MA, Bertoldi AD, De Mola CL, Bassani DG, Domingues MR, et al. The association between disrespect and abuse of women during childbirth and postpartum depression: Findings from the 2015 Pelotas birth cohort study. J Affect Disord. 1 de septiembre de 2019; 256:441-7. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6880287/>
29. Roumieh M, Bashour H, Kharouf M, Chaikha S. Prevalence and risk factors for postpartum depression among women seen at Primary Health Care Centres in Damascus. BMC Pregnancy Childbirth [Internet]. 23 de diciembre de 2019 [citado 14 de noviembre de 2020]; 19. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6929307/>
30. 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]. 2 de mayo de 2019 [citado 11 de enero de 2021]; 14(5). Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6497249/>
31. Shitu S, Geda B, Dheresa M. Postpartum depression and associated factors among mothers who gave birth in the last twelve months in Ankesha district, Awi zone, North

- West Ethiopia. *BMC Pregnancy Childbirth* [Internet]. 21 de noviembre de 2019; 19(1):435. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31752760/>
32. Tho Nhi T, Hanh NTT, Hinh ND, Toan NV, Gammeltoft T, Rasch V, et al. Intimate Partner Violence among Pregnant Women and Postpartum Depression in Vietnam: A Longitudinal Study. *BioMed Res Int* [Internet]. 24 de abril de 2019 [citado 14 de noviembre de 2020]; 2019. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6507254/>
33. Leal Treviño M. Tamizaje de síntomas depresivos postparto en madres adolescentes mexicanas y factores de riesgo asociados [Internet] [engd]. Universidad Autónoma de Nuevo León; 2019 [citado 14 de noviembre de 2020]. Disponible en: <http://eprints.uanl.mx/17445/>
34. González-González A, Casado-Méndez PR, Molero-Segrera M, Santos-Fonseca RS, López-Sánchez I, González-González A, et al. Factores asociados a depresión posparto. *Rev Arch Méd Camagüey* [Internet]. Diciembre de 2019 [citado 14 de noviembre de 2020]; 23(6):770-9. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S1025-02552019000600770&lng=es&nrm=iso&tlng=es
35. Gaviria SL, Duque M, Vergel J, Restrepo D. Síntomas depresivos perinatales: prevalencia y factores psicosociales asociados. *Rev Colomb Psiquiatr* [Internet]. 1 de julio de 2019 [citado 11 de noviembre de 2020]; 48(3):166-73. Disponible en: <http://www.elsevier.es/es-revista-revista-colombiana-psiquiatria-379-articulo-sintomas-depresivos-perinatales-prevalencia-factores-S0034745017301154>
36. 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. *Reprod Health* [Internet]. 4 de marzo de 2019 [citado 11 de enero de 2021]; 16. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6399829/>
37. Garman EC, Schneider M, Lund C. Perinatal depressive symptoms among low-income South African women at risk of depression: trajectories and predictors. *BMC Pregnancy*

- Childbirth [Internet]. 14 de junio de 2019 [citado 11 de enero de 2021]; 19. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6570971/>
38. Ahmad NA, Silim UA, Rosman A, Mohamed M, Chan YY, Mohd Kasim N, et al. Postnatal depression and intimate partner violence: a nationwide clinic-based cross-sectional study in Malaysia. *BMJ Open* [Internet]. 14 de mayo de 2018 [citado 14 de noviembre de 2020]; 8(5). Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5961592/>
39. Surkan PJ, Strobino DM, Mehra S, Shamim AA, Rashid M, Wu LS-F, et al. Unintended pregnancy is a risk factor for depressive symptoms among socio-economically disadvantaged women in rural Bangladesh. *BMC Pregnancy Childbirth*. 13 de diciembre de 2018; 18(1):490. Disponible en: <https://bmcpregnancychildbirth.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12884-018-2097-2>
40. Ogbo FA, Eastwood J, Hendry A, Jalaludin B, Agho KE, Barnett B, et al. Determinants of antenatal depression and postnatal depression in Australia. *BMC Psychiatry* [Internet]. 20 de febrero de 2018 [citado 14 de noviembre de 2020]; 18. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5819705/>
41. Ongeru L, Wanga V, Otieno P, Mbui J, Juma E, Stoep AV, et al. Demographic, psychosocial and clinical factors associated with postpartum depression in Kenyan women. *BMC Psychiatry* [Internet]. 1 de octubre de 2018 [citado 14 de noviembre de 2020]; 18. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6167779/>
42. Jarvis LR, Breslin KA, Badolato GM, Chamberlain JM, Goyal MK. Postpartum Depression Screening and Referral in a Pediatric Emergency Department. *Pediatr Emerg Care* [Internet]. Noviembre de 2020; 36(11):e626-31. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29746362/>
43. Muchanga SMJ, Yasumitsu-Lovell K, Eitoku M, Mbelambela EP, Ninomiya H, Komori K, et al. Preconception gynecological risk factors of postpartum depression among Japanese women: The Japan Environment and Children's Study (JECS). *J Affect Disord*

- [Internet]. 1 de agosto de 2017 [citado 14 de noviembre de 2020]; 217:34-41. Disponible en: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0165032717300666>
44. Upadhyay RP, Chowdhury R, Aslyeh Salehi, Sarkar K, Singh SK, Sinha B, et al. Postpartum depression in India: a systematic review and meta-analysis. Bull World Health Organ [Internet]. 1 de octubre de 2017 [citado 14 de noviembre de 2020]; 95(10):706-717C. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5689195/>
45. Turkcapar AF, Kadioğlu N, Aslan E, Tunc S, Zayıfoğlu M, Mollamahmutoğlu L. Sociodemographic and clinical features of postpartum depression among Turkish women: a prospective study. BMC Pregnancy Childbirth [Internet]. 3 de mayo de 2015 [citado 12 de enero de 2021]; 15. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4491203/>
46. Matos P, Gonzalo CJ. Factores asociados a la depresión postparto: análisis secundario de la Encuesta Demográfica Y de Salud Familiar del 2018. Univ Ricardo Palma [Internet]. 2020 [citado 14 de noviembre de 2020]; Disponible en: <http://repositorio.urp.edu.pe/handle/URP/3002>
47. Campos V. Nivel de depresión postparto en puérperas atendidas en el Hospital Nacional Dos de Mayo de Lima – Perú, 2017 [Internet]. [Citado 14 de noviembre 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
48. Candia Y, Rosario C del. Factores asociados a depresión posparto en puérperas del servicio de obstetricia del Hospital Nacional Arzobispo Loayza. Repos Tesis - UNMSM [Internet]. 2017 [citado 14 de noviembre de 2020]; Disponible en: <https://cybertesis.unmsm.edu.pe/handle/20.500.12672/5990>
49. Gelaye B, Rondon M, Araya R, Williams MA. Epidemiology of maternal depression, risk factors, and child outcomes in low-income and middle-income countries. Lancet

- Psychiatry [Internet]. Octubre de 2016 [citado 14 de noviembre de 2020]; 3(10):973-82. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5155709/>
50. Romero Medina G. Relación entre características sociodemográficas y riesgo de depresión postparto en puérperas de la Clínica Good Hope Noviembre de 2015. Univ Ricardo Palma [Internet]. 2016 [citado 14 de noviembre de 2020]; Disponible en: <http://repositorio.urp.edu.pe/handle/urp/767>
51. Olivas A, María S. Factores de riesgo para la depresión posparto en madres adolescentes atendidas en el hospital nacional Daniel Alcides Carrion durante abril – junio, 2015. Repos Tesis - UNMSM [Internet]. 2015 [citado 17 de enero de 2021]; Disponible en: <https://cybertesis.unmsm.edu.pe/handle/20.500.12672/4355>
52. Masías Salinas MA, Arias Gallegos WL. Prevalencia de la depresión post parto en Arequipa, Perú. Rev Medica Hered [Internet]. Octubre de 2018 [citado 24 de noviembre de 2020]; 29(4):226-31. Disponible en: http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S1018-130X2018000400004&lng=es&nrm=iso&tlng=es
53. Vega-Dienstmaier JM. Depresión postparto en el Perú. Rev Medica Hered [Internet]. Octubre de 2018 [citado 24 de noviembre de 2020]; 29(4):207-10. Disponible en: http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S1018-130X2018000400001&lng=es&nrm=iso&tlng=es
54. Ampudia MKM. Depresión postparto en atención primaria. Rev Medica Sinerg [Internet]. 1 de febrero de 2020 [citado 24 de noviembre de 2020]; 5(2):e355-e355. Disponible en: <https://revistamedicasinergia.com/index.php/rms/article/view/355>
55. Ávila S, Cecilia V. Factores asociados a la depresión postparto en gestantes ingresadas en el área de ginecología de un hospital de la ciudad de Guayaquil, año 2019. 2 de abril de 2020 [citado 15 de noviembre de 2020]; Disponible en: <http://repositorio.ucsg.edu.ec/handle/3317/14954>

56. Alhusen JL, Alvarez C. Perinatal depression. Nurse Pract [Internet]. 19 de mayo de 2016 [citado 15 de noviembre de 2020]; 41(5):50-5. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4841178/>
57. Loaiza NV, Dachner AP, Morales JAV. Generalidades y diagnóstico de la depresión posparto. Rev Medica Sinerg [Internet]. 18 de junio de 2019 [citado 15 de noviembre de 2020]; 4(7):e261-e261. Disponible en: <https://revistamedicasinergia.com/index.php/rms/article/view/261>
58. Guillén LFL, Aguilar G. Prevalencia de depresión posparto y factores asociados en el Hospital Regional de Coronel Oviedo. Año 2016. Rev Científica Fac Cienc Medicas Univ Nac Caaguazu [Internet]. 2018 [citado 15 de noviembre de 2020]; 1(1):11-9. Disponible en: <https://ojs.fcmunca.edu.py/index.php/v1n1/article/view/5>
59. Villanea CF. Psicosis posparto. Rev Medica Sinerg [Internet]. 1 de agosto de 2018 [citado 15 de noviembre de 2020]; 3(8):7-12. Disponible en: <https://revistamedicasinergia.com/index.php/rms/article/view/134>
60. Cabrera JAC, Troncoso CAR. Manual Obstetricia y Ginecología. Octava Edición. (2017):624. Disponible en: <https://medicina.uc.cl/wp-content/uploads/2018/04/Manual-Obstetricia-Ginecologia-2017.pdf>
61. ASALE R-, RAE. Edad | Diccionario de la lengua española [Internet]. «Diccionario de la lengua española» - Edición del Tricentenario. [Citado 28 de diciembre de 2020]. Disponible en: <https://dle.rae.es/edad>
62. Definición Nivel de instrucción [Internet]. [Citado 12 de enero de 2021]. Disponible en: https://www.eustat.eus/documentos/opt_0/tema_165/elem_2376/definicion.html
63. Sistema de Focalización de Hogares (SISFOH) [Internet]. [Citado 12 de enero de 2021]. Disponible en: <https://www.gob.pe/437-sistema-de-focalizacion-de-hogares-sisfoh>
64. Castillo Ávila IY, Fortich Acuña LM, Padilla Yáñez J, Monroy Gascón MA, Morales Pérez Y, Ahumada Tejera AM. Factores asociados al uso adecuado del control prenatal en 13 municipios de Bolívar, Colombia. Rev Cuba Enferm [Internet]. Marzo de 2017

- [citado 19 de enero de 2021]; 33(1):62-71. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S0864-03192017000100008&lng=es&nrm=iso&tlng=es
65. Ministerio de Salud del Perú - MINSA [Internet]. [Citado 15 de noviembre de 2020]. Disponible en: http://www.minsa.gob.pe/portada/esnsr_normatividad.asp#
66. Norma técnica de salud para la atención del parto vertical en el marco de los derechos humanos con pertinencia intercultural [Internet]. [Citado 15 de noviembre de 2020]. Disponible en: <https://www.gob.pe/institucion/minsa/informes-publicaciones/280842-norma-tecnica-de-salud-para-la-atencion-del-parto-vertical-en-el-marco-de-los-derechos-humanos-con-pertinencia-intercultural>
67. OMS | Planificación familiar [Internet]. WHO. World Health Organization; [citado 12 de enero de 2021]. Disponible en: http://www.who.int/topics/family_planning/es/
68. Default - Stanford Children's Health [Internet]. [Citado 12 de enero de 2021]. Disponible en: <https://www.stanfordchildrens.org/es/topic/default?id=complicationsofpregnancy-85-P04296>
69. Walton SM, Pérez CAS. La violencia intrafamiliar. Un problema de salud actual. Gac Médica Espirituana [Internet]. 2019 [citado 15 de noviembre de 2020]; 21(1):96-105. Disponible en: <https://www.medigraphic.com/cgi-bin/new/resumen.cgi?IDARTICULO=88296>
70. Galarza JG, Ortiz DM. Factores psicológicos asociados a la infidelidad sexual y/o emocional y su relación a la búsqueda de sensaciones en parejas puertorriqueñas. : 25. Disponible en: <https://www.redalyc.org/pdf/2332/233216361004.pdf>
71. LIBRES DE VIOLENCIA - MINISTERIO DE LA MUJER Y POBLACIONES VULNERABLES [Internet]. [Citado 12 de enero de 2021]. Disponible en: <https://www.mimp.gob.pe/webs/mimp/herramientas-recursos-violencia/principal-dgcvg-recursos/violencia-violenciapsicologica.php>

72. Herrera Rodas CL, Peraza Segura C, Porter Aguilar H. El abuso verbal dentro de la violencia doméstica. *Med Leg Costa Rica* [Internet]. Marzo de 2004 [citado 12 de enero de 2021]; 21(1):45-90. Disponible en: http://www.scielo.sa.cr/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S1409-00152004000100005&lng=en&nrm=iso&tlng=es
73. De La Cruz-Vargas JA, Correa-Lopez LE, Alatriza-Gutierrez de Bambaren M del S, Sanchez Carlessi HH, Luna Muñoz C, Loo Valverde M, 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. *Educ Médica* [Internet]. 1 de julio de 2019 [citado 24 de noviembre de 2020]; 20(4):199-205. Disponible en: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1575181318302122>
74. Yim IS, Tanner Stapleton LR, Guardino CM, Hahn-Holbrook J, Schetter CD. Biological and Psychosocial Predictors of Postpartum Depression: Systematic Review and Call for Integration. *Annu Rev Clin Psychol* [Internet]. 2015 [citado 12 de enero de 2021]; 11:99-137. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5659274/>
75. Hernández GEJ, Jaramillo YMP, Pérez MO, Salazar JG, Vélez KA. Factores asociados a depresión posnatal en puérperas de Colombia, según escala de Edimburgo. *Cienc E Innov En Salud* [Internet]. 14 de agosto de 2020 [citado 13 de noviembre de 2020]; Disponible en: <https://revistas.unisimon.edu.co/index.php/innovacionsalud/article/view/3898>

ANEXOS

ANEXO 1: ACTA DE APROBACIÓN DEL PROYECTO DE TESIS



UNIVERSIDAD RICARDO PALMA
FACULTAD DE MEDICINA HUMANA
Manuel Huamán Guerrero
Oficina de Grados y Títulos

ACTA DE APROBACIÓN DE PROYECTO DE TESIS

Los miembros que firman la presente acta en relación al Proyecto de Tesis **“FACTORES ASOCIADOS A SÍNTOMAS DEPRESIVOS EN MUJERES DE 15 A 49 AÑOS DENTRO DEL PRIMER AÑO POSTPARTO. ENDES 2017 – 2019”**, que presentado por CARLOS ANDRES MENDOZA ROJAS, para optar el Título Profesional de Médico Cirujano, declaran que el referido proyecto cumple con los requisitos correspondientes, tanto en forma como en fondo; indicando que se proceda con la ejecución del mismo.

En fe de lo cual firman los siguientes docentes:

MG. WILLER DAVID CHANDUVI PUICÓN
ASESOR DE LA TESIS

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

Lima, 20 de Octubre de 2020

ANEXO 2: CARTA DE COMPROMISO DEL ASESOR DE TESIS



UNIVERSIDAD RICARDO PALMA
FACULTAD DE MEDICINA HUMANA

Manuel Huamán Guerrero

Instituto de Investigaciones de Ciencias Biomédicas

Oficina de Grados y Títulos

Formamos seres para una cultura de paz

Carta de Compromiso del Asesor de Tesis

Por la presente acepto el compromiso para desempeñarme como asesor de Tesis del estudiante de Medicina Humana, **Sr. CARLOS ANDRES MENDOZA ROJAS**, de acuerdo a los siguientes principios:

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

Atentamente,

_____ **MG. WILLER DAVID CHANDUVI PUICÓN** _____

Lima, 20 de Octubre de 2020

ANEXO 3: CARTA DE APROBACIÓN DEL PROYECTO DE TESIS, FIRMADO POR LA SECRETARÍA ACADÉMICA



UNIVERSIDAD RICARDO PALMA

LICENCIAMIENTO INSTITUCIONAL RESOLUCIÓN DEL CONSEJO DIRECTIVO Nº D40-2016-SUNEDUCO

Facultad de Medicina Humana
Manuel Huamán Guerrero



Oficio N°1957-2020-FMH-D

Lima, 13 de noviembre de 2020

Señor
CARLOS ANDRES MENDOZA ROJAS
Presente. -

ASUNTO: Aprobación del Proyecto de Tesis

De mi consideración:

Me dirijo a usted para hacer de su conocimiento que el Proyecto de Tesis "FACTORES ASOCIADOS A SÍNTOMAS DEPRESIVOS EN MUJERES DE 15 A 49 AÑOS DENTRO DEL PRIMER AÑO POSTPARTO. ENDES 2017 – 2019" presentando ante la Facultad de Medicina Humana para optar el Título Profesional de Médico Cirujano ha sido aprobado por el Consejo de Facultad en sesión de fecha jueves 12 de noviembre de 2020.

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

Sin otro particular,

Atentamente,



M^{te} Hilda Jurupe Chico,
Secretaria Académica

c.c.: Oficina de Grados y Títulos.

"Formamos seres humanos para una cultura de Paz"

Av. Benavides 5440 - Urb. Las Gardenias - Surco - Central: 708-0000
Apartado postal 1801, Lima 33 - Perú Anexo: 6010
Email: dec.medicina@urp.pe - www.urp.edu.pe/medicina Teléfax: 708-0106

ANEXO 4: CARTA DE ACEPTACIÓN DE EJECUCIÓN DE LA TESIS POR LA SEDE HOSPITALARIA CON APROBACION POR EL COMITÉ DE ETICA EN INVESTIGACIÓN

COMITÉ DE ETICA DE INVESTIGACION

FACULTAD DE MEDICINA “MANUEL HUAMAN GUERRERO”

UNIVERSIDAD RICARDO PALMA

CONSTANCIA

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

Título: “FACTORES ASOCIADOS A SÍNTOMAS DEPRESIVOS EN MUJERES DE 15 A 49 AÑOS DENTRO DEL PRIMER AÑO POSTPARTO. ENDES 2017 – 2019”.

Investigador:

Carlos Andrés Mendoza Rojas

Código del Comité: **PG-091-2020**

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

El investigador podrá continuar con su proyecto de investigación, considerando completar el título de su proyecto con el hospital, la ciudad y el país donde se realizará el estudio y adjuntar resumen debiendo presentar un informe escrito a este Comité al finalizar el mismo. Así mismo, la publicación del presente proyecto quedará a criterio del investigador.

Lima, 17 de diciembre del 2020



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

ANEXO 5: ACTA DE APROBACIÓN DEL BORRADOR DE TESIS



UNIVERSIDAD RICARDO PALMA
FACULTAD DE MEDICINA HUMANA
Instituto de Investigación en Ciencias Biomédicas
Unidad de Grados y Títulos
FORMAMOS SERES HUMANOS PARA UNA CULTURA DE PAZ

ACTA DE APROBACIÓN DEL BORRADOR DE TESIS

Los abajo firmantes, director, asesor y miembros del Jurado de la Tesis titulada **“FACTORES ASOCIADOS A SÍNTOMAS DEPRESIVOS EN MUJERES DE 15 A 49 AÑOS DENTRO DEL PRIMER AÑO POSTPARTO. ENDES 2017 - 2019”**, que presenta la Señor **CARLOS ANDRES MENDOZA ROJAS** para optar el Título Profesional de Médico Cirujano, dejan constancia de haber revisado el borrador de tesis correspondiente, declarando que este se halla conforme, reuniendo los requisitos en lo que respecta a la forma y al fondo.

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

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



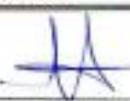
Mc. PEDRO ARANGO OCHANTE
PRESIDENTE



Mg. RUBÉN ESPINOZA ROJAS
MIEMBRO



Mc. DANTE QUIÑONES LAVERIANO
MIEMBRO



Dr. Jhony De La Cruz Vargas
Director de Tesis



Lic. Willer Chánduvi Puicón
Asesor de Tesis

Lima, 16 de mayo de 2022

ANEXO 6: REPORTE DE ORIGINALIDAD DEL TURNITIN

FACTORES ASOCIADOS A SÍNTOMAS DEPRESIVOS EN MUJERES DE 15 A 49 AÑOS DENTRO DEL PRIMER AÑO POSTPARTO. ENDES 2017 – 2019

INFORME DE ORIGINALIDAD



FUENTES PRIMARIAS

1	repositorio.urp.edu.pe Fuente de Internet	6%
2	revistamedicasinergia.com Fuente de Internet	2%
3	hdl.handle.net Fuente de Internet	2%
4	Submitted to Universidad Ricardo Palma Trabajo del estudiante	1%
5	www.scielo.sa.cr Fuente de Internet	1%
6	www.elsevier.es Fuente de Internet	1%
7	repositorio.uap.edu.pe Fuente de Internet	1%
8	repositorio.uigv.edu.pe Fuente de Internet	1%
9	repositorio.upsb.edu.pe Fuente de Internet	1%
10	Submitted to Universidad de las Islas Baleares Trabajo del estudiante	1%

Excluir citas Activo Excluir coincidencias < 1%
Excluir bibliografía Activo

ANEXO 7: CERTIFICADO DE ASISTENCIA AL CURSO TALLER



UNIVERSIDAD RICARDO PALMA

FACULTAD DE MEDICINA HUMANA

MANUEL HUAMÁN GUERRERO

VII CURSO TALLER PARA LA TITULACION POR TESIS MODALIDAD VIRTUAL

CERTIFICADO

Por el presente se deja constancia que el Sr.

CARLOS ANDRES MENDOZA ROJAS

Ha cumplido con los requisitos del CURSO-TALLER para la Titulación por Tesis Modalidad Virtual durante los meses de setiembre, octubre, noviembre, diciembre 2020 y enero 2021, con la finalidad de desarrollar el proyecto de Tesis, así como la culminación del mismo, siendo el título de la tesis:

FACTORES ASOCIADOS A SÍNTOMAS DEPRESIVOS EN MUJERES DE 15 A 49 AÑOS DENTRO DEL PRIMER AÑO POSTPARTO. ENDES 2017 – 2019.

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

Lima, 12 de enero de 2021



Dr. La Cruz Vargas
Director del Curso Taller



Dra. María del Socorro Alatrón-Gutiérrez-Vda. de Humbarán
Decana

ANEXO 8: MATRIZ DE CONSISTENCIA

PROBLEMAS	OBJETIVOS	HIPÓTESIS	VARIABLES
<p>¿Cuáles son los factores asociados a síntomas depresivos en mujeres de 15 a 45 años dentro del primer año postparto. ENDES 2017 – 2019. ?</p>	<p>General: Determinar los factores asociados a síntomas depresivos en mujeres de 15 a 49 años dentro del primer año postparto. ENDES 2017 – 2019.</p> <p>Específicos: Determinar la asociación entre las variables sociodemográficas y los síntomas depresivos en mujeres de 15 a 49 años dentro del primer año postparto. ENDES 2017 – 2019.</p> <p>Determinar la asociación entre las variables gineco – obstétricas y los síntomas depresivos en mujeres de 15 a 49 años dentro del primer año postparto. ENDES 2017 - 2019.</p>	<p>Hipotesis General: HG. Existen factores asociados a síntomas depresivos en mujeres de 15 a 49 años dentro del primer año postparto. ENDES 2017 – 2019.</p> <p>Hipotesis Específicas: HE1. Las características sociodemográficas están asociadas a síntomas depresivos en mujeres de 15 a 49 años dentro del primer año postparto. ENDES 2017 – 2019.</p> <p>HE 2. Los factores gineco - obstétricos están asociados a los síntomas depresivos en mujeres de 15 a 49 años dentro del primer año postparto. ENDES 2017 - 2019.</p>	<p>Variables Dependiente: Síntomas depresivos en el postparto.</p> <p>Variables Independiente: Características Sociodemográficas: Tipo de lugar de residencia Edad de la madre Estado Civil Lengua materna Nivel Educativo Índice de riqueza.</p> <p>Factores Gineco- obstetricos: Tiempo Transcurrido desde el parto Número de Controles prenatales Parto por cesárea</p>

	Determinar la asociación entre los antecedentes de violencia domestica y los síntomas depresivos en mujeres de 15 a 49 años dentro del primer año postparto. ENDES 2017 – 2019.	HE 3. Los antecedentes de violencia domestica está asociada a los síntomas depresivos en mujeres de 15 a 49 años dentro del primer año postparto. ENDES 2017 – 2019.	Control Prenatal Planificación de la fecundidad Complicaciones Pre y Post parto Antecedente de violencia domestica: Violencia doméstica
DISEÑO METODOLÓGICO	POBLACIÓN Y MUESTRA	TÉCNICA E INSTRUMENTOS	PLAN DE ANÁLISIS DE DATOS
El tipo de estudio es analítico,retrospectivo, observacional, transversal con el uso de base de datos secundarios hallados en el ENDES 2017 – 2019.	Población: El estudio es analítico,retrospectivo, observacional, transversal con el uso de base de datos secundarios hallados en el ENDES 2017 – 2019 que cumplan los criterios de inclusión y exclusión. Muestra: Se obtuvo una muestra total de 4915 mujeres dentro del primer año postparto dentro de los 3	Se utilizó el software estadístico SPSS versión 25.0 para la elaboración de la base de datos teniendo como variable llave el identificador de los hogares (CASEID) y el identificador de los conglomerados (HHID). Para el análisis de los datos se generó y utilizó CSPLAN que contiene el diseño muestral de la encuesta. Se utilizó el módulo de muestras complejas para el análisis	Para el análisis univariado se diseñaron tablas de frecuencia calculándose frecuencias, porcentajes acompañados de los coeficientes de variabilidad. Para el análisis bivariado se utilizó el módulo de muestras complejas del SPSS que contiene el diseño muestral y se calcularon porcentajes para las variables cualitativas. Como medida de asociación se utilizó la prueba

	<p>años; para el año 2017 la muestra fue de 1683; para el año 2018 la muestra fue de 1661 y para el año 2019 la muestra fue de 1571.</p>	<p>univariado (ver anexo 1) y bivariado. Para el análisis univariado se diseñaron tablas de frecuencia calculándose frecuencias, porcentajes acompañados de los coeficientes de variabilidad.</p>	<p>estadística F corregida para muestras complejas similar a la prueba estadística chi cuadrado.</p> <p>Para el cálculo de las razones de prevalencia se utilizó el software estadístico STATA V.15 a través del modelo de regresión Poisson con varianza robusta para respuesta binaria. También se incorporó al diseño muestral de la encuesta (QHCLUSTER y PESO15_AMAS).</p> <p>Para el procesamiento de la información se utilizó el software estadístico stata version 16 las variables cualitativas se presentarán en tablas de frecuencia. Para el analisis bivariado se elaborarán tabla de doble entrada (tabla de contingencia) y se calcularán razones de prevalencia crudas; acompañados de sus respectivos intervalos de confianza al 95%. En</p>
--	--	---	--

			el análisis multivariado se utilizará el modelo de regresión Poisson con varianza robusta y se calcularán razones de prevalencia ajustadas. Acompañados de sus respectivos intervalos de confianza.
--	--	--	---

ANEXO 9: OPERACIONALIZACION DE VARIABLES

	Nombre de variable	Defición Operacional	Tipo	Naturaleza	Escala	Dimensión	Indicador ENDES	Medición
1	Síntomas depresivos en el postparto	Todos los síntomas dentro de los 12 meses posteriores al parto del último embarazo	Dependiente	Cualitativa	Nominal	Clínica	CID: QS700A, QS700B, QS700C, QS700D, QS700E, QS700F, QS700G, QS700H, QS700I Módulo: CSALUD001	1. Con Síntomas Depresivos: ≥ 10 2. Sin Síntomas Depresivos: <10
2	Edad	Años cumplidos por la madre	Independiente	Cualitativa	Nominal Politémica	Biológica	CID: QS23 ; Mod:CSALUD01	1. ≤ 25 años 2. 26 - 35 años 3. 36 - 49 años
3	Tipo de lugar de Residencia	Área Geográfica donde se encuentra la vivienda	Independiente	Cualitativa	Nominal Dicotómica	Geográfica	CID: V025 Mod: REC0111	1. Urbana 2. Rural
4	Estado Civil	Determina si la madre se encuentra soltera o Casada.	Independiente	Cualitativa	Nominal Dicotómica	Social	CID: QS709 Mod: CSALUD01	1. Soltera 2. Casada

5	Nivel Educativo	Determina ultimo grado de estudios academicos	Independiente	Cualitativa	Ordinal Politomica	Académico	CID: S108N Mod: REC91	<ol style="list-style-type: none"> 1. Primaria a menos 2. Secundaria 3. Superior a más
6	Lengua Materna	Idioma o lengua materna que aprendió hablar en su Niñez.	Independiente	Cualitativa	Nominal Dicotomica	Personal	CID: S119 Mod: REC91	<ol style="list-style-type: none"> 1. Castellano 2. Otras lenguas
7	Indice de Riqueza	Determina la solvencia economica de la familia basada en la información del Sistema de Focalización de Hogares del periodo 2012-2013	Independiente	Cualitativa	Nominal Politomica	Economía	CID:V190 Mod:REC0111	<ol style="list-style-type: none"> 1. Muy pobre 2. Pobre 3. Ni pobre ni rico 4. Rico 5. Muy rico
8	Número de Controles prenatales	Determina si la madre se realizó más de 6 controles prenatales durante su último o único embarazo.	Independiente	Cualitativo	Ordinal	Clínica	CID: M14 Mod: REC41	<p>6 o más controles prenatales: ≥ 6</p> <p>Menos de 6 controles prenatales: <6</p>

10	Parto por Cesárea	Determina si el parto fue ejecutado por cesarea o no	Independiente	Cualitativa	Nominal Dicotómica	Clínica	CID: M17 Mod: REC41	Sí: 1, No: 0
11	Control Prenatal	Determina si tuvo o no controles durante el periodo de gestación	Independiente	Cualitativa	Nominal Dicotómica	Clínica	CID:M2N Mod: REC41	Sí: 1, No: 0
12	Planificación de la fecundidad	Determina el momento en el que la madre quería embarazarse respecto al último o único embarazo.	Independiente	Cualitativa	Nominal Politómica	Clínica	CID: M10 Mod: REC41	<ol style="list-style-type: none"> 1. No quería quedar embarazada. 2. Quería esperar más tiempo. 3. Quería quedar Embarazada.
13	Complicaciones Pre y Post parto.	Comprende el conjunto de atenciones que se brinda a la gestante que presenta patologías durante el embarazo, parto y puerperio.	Independiente	Cualitativa	Nominal Dicotómica	Clínica	CID: - Trabajo de parto prolongado: S426GA. - Sangrado Excesivo despues del parto: S426GB. - Fiebre alta y sangrado vaginal en el postparto: S426GC. - Convulsiones no causado por fiebre: S426GD.	<ol style="list-style-type: none"> 1. Sí: 1, 2. No: 0

							- Algunas otras complicaciones: S426GE Mod: REC94	
14	Violencia doméstica	Determina si la madre tuvo maltrato físico o psicológico por su pareja, esposo o familiar en su último o único embarazo	Independiente	Cualitativa	Nominal Dicotómica	Personal	CID: - Violencia Psicológica por su pareja: D101B, D101C, D103A, D103B, D104. -Violencia Física por su pareja: D105A, D105B, D105C, D105D, D105H, D115Y, D118A. -Violencia familiar: D115B,D115C, Mod: REC84DV	Sí: 1, No: 0

ANEXO 10: FICHA DE RECOLECCIÓN DE DATOS O INSTRUMENTOS UTILIZADOS

SECCIÓN 7. SALUD MENTAL					
PARA LAS PERSONAS DE 15 AÑOS A MÁS DE EDAD					
PREG.	PREGUNTAS Y FILTROS	CATEGORÍAS Y CÓDIGOS			PASE A
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					
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 más 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 sí misma(o) o sentir que es una(un) fracasada(o) o que se ha fallado a sí misma(o) o a su familia?</p>	<p>PARA NADA</p> <p>VARIOS DÍAS (1 A 6 DÍAS)</p> <p>LA MAYORÍA DE DÍAS (7 A 11 DÍAS)</p> <p>CASI TODOS LOS DÍAS (12 A + DÍAS)</p>	<p>A. POCO INTERES..... 0 1 2 3</p> <p>B. DEPRIMIDA(O)..... 0 1 2 3</p> <p>C. DORMIR..... 0 1 2 3</p> <p>D. CANSADA(O)..... 0 1 2 3</p> <p>E. APETITO..... 0 1 2 3</p> <p>F. PONER ATENCIÓN..... 0 1 2 3</p> <p>G. MOVERSE..... 0 1 2 3</p> <p>H. MORIR..... 0 1 2 3</p> <p>I. SENTIRSE MAL..... 0 1 2 3</p>		

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

<https://docs.google.com/spreadsheets/d/1ku8TbK56ZLaT9dNPVDrEfvjrG7fd3iTi/edit?usp=sharing&ouid=114925853082413829053&rtpof=true&sd=true>