



# **UNIVERSIDAD RICARDO PALMA**

**FACULTAD DE MEDICINA HUMANA**

**ESCUELA PROFESIONAL DE MEDICINA HUMANA**

**Depresión perinatal y factores asociados en puérperas del Instituto Nacional Materno Perinatal durante la pandemia COVID-19 en el periodo de noviembre a diciembre del año 2020**

**MODALIDAD DE OBTENCIÓN: SUSTENTACIÓN DE TESIS VIRTUAL**

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

**AUTOR**

Pacheco Chiu, Carolina Paola ([0000-0002-9487-1231](tel:0000-0002-9487-1231))

**ASESOR**

Arango Ochante, Pedro Mariano ([0000-0002-3267-1904](tel:0000-0002-3267-1904))

**Lima, 2022**

## **Metadatos Complementarios**

### **Datos de autor**

**PACHECO CHIU, CAROLINA PAOLA**

DNI

48124719

### **Datos de asesor**

**ARANGO OCHANTE, PEDRO MARIANO**

DNI

09807139

### **Datos del jurado**

**Vidal Olcese, Jorge Enrique**

DNI: 07202887, ORCID: 0000-0002-0403-6436

**Torres Malca, Jenny Raquel**

DNI 40602320, ORCID: 0000-0002-7199-8475

**Quiñones Laveriano, Dante**

DNI: 46174499, ORCID:0000-0002-1129-1427

### **Datos de la investigación**

Campo del conocimiento OCDE: 3.02.27

Código del Programa: 912016

## ***DEDICATORIA***

*A mi abuela Rosalvina, la mujer  
más luchadora y valiente que he  
conocido.*

## **AGRADECIMIENTOS**

Agradezco al director del curso de tesis, el Dr. Jhony A. De La Cruz Vargas y a mi asesor el Dr. Pedro Arango Ochante por sus consejos y orientación para el desarrollo de este proyecto.

Agradezco a cada uno de los docentes de la Universidad Ricardo Palma, por su aporte en mi formación académica

Y en especial, agradezco a mis padres Liliana y José Luis, por ser mi refugio, por amarme incondicionalmente y siempre creer en mí.

## RESUMEN

**Introducción:** La depresión perinatal tiene los mismos síntomas que un trastorno depresivo y, como la depresión misma, es un problema grave y aún subestimado; Además un grupo particularmente vulnerable durante una pandemia pueden ser las mujeres embarazadas.

**Objetivo:** Determinar los factores asociados a depresión perinatal en puérperas del Instituto Nacional Materno Perinatal durante la pandemia COVID-19.

**Métodos:** Estudio observacional, analítico, de casos y controles. Se encuestó a puérperas del Instituto Nacional Materno Perinatal que se encontraban entre su primer y tercer día postparto, durante noviembre a diciembre de 2020. La depresión se evaluó con la escala de Edimburgo y se cruzó con otras variables de importancia. El análisis bivariado se realizó mediante la prueba Chi cuadrado de Pearson y el multivariado mediante regresión logística. Se consideró como estadísticamente significativo un valor  $p < 0,05$ .

**Resultados:** En el análisis multivariado se encontró que las variables que tuvieron asociación estadísticamente significativa ( $p < 0,05$ ) con el padecimiento de depresión fueron el proceder de una familia monoparental (OR: 3,76; IC95%: 1,97-7,19), haber sufrido de violencia psicológica durante la niñez y/o adolescencia por algún familiar (OR: 8,89; IC95%: 3,20-24,65), el embarazo no deseado (OR: 2,09; IC95%: 1,21-3,60), tener una relación regular o mala con la pareja (OR: 3,13; IC95%: 1,33-7,33) y el haber tenido una infección previa por COVID-19 durante la gestación (OR: 2,96; IC95%: 1,28-6,82).

**Conclusiones:** Los factores psicosociales contribuyen a la aparición de la depresión perinatal. Los factores sociodemográficos y obstétricos no tuvieron asociación con la depresión.

**Palabras clave:** periodo posparto; gestación; depresión; salud mental; pandemias; COVID-19 (fuente: DeCS BIREME)

## ABSTRACT

**Introduction:** Perinatal depression has the same symptoms as a depressive disorder and, like depression itself, is a serious and still underestimated problem; Furthermore, a particularly vulnerable group during a pandemic may be pregnant women.

**Objective:** To determine the factors associated with perinatal depression in postpartum women at the Instituto Nacional Materno Perinatal during the COVID-19 pandemic.

**Methods:** Observational, analytical, case-control study. Postpartum women from the Instituto Nacional Materno Perinatal who were between their first and third postpartum day were surveyed during November to December 2020. Depression was assessed with the Edinburgh scale and crossed with other variables of importance. Bivariate analysis was performed using Pearson's Chi-square test and multivariate analysis by logistic regression. A p-value < 0.05 was considered statistically significant.

**Results:** In the multivariate analysis it was found that the variables that had a statistically significant association ( $p < 0.05$ ) with depression were coming from a single-parent family (OR: 3.76; 95%CI: 1.97-7.19), having suffered psychological violence during childhood and/or adolescence by a family member (OR: 8.89; 95%CI: 3.20-24.65), unwanted pregnancy (OR: 2.09; 95%CI: 1.21-3.60), having a regular or poor relationship with a partner (OR: 3.13; 95%CI: 1.33-7.33) and having had a previous COVID-19 infection during gestation (OR: 2.96; IC95%: 1.28-6.82).

**Conclusions:** Psychosocial factors contribute to the occurrence of perinatal depression. Sociodemographic and obstetric factors were not associated with depression.

**Key words:** postpartum period; pregnancy; depression; mental health; pandemics; COVID-19 (source: MeSH NLM)

# ÍNDICE

CAPÍTULO I: PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN.....	1
1.1. DESCRIPCION DE LA REALIDAD PROBLEMÁTICA: PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA .....	1
1.2. FORMULACIÓN DEL PROBLEMA.....	4
1.3. LINEA DE INVESTIGACIÓN NACIONAL Y DE LA URP VINCULADA .....	4
1.4 JUSTIFICACIÓN DE LA INVESTIGACIÓN.....	4
1.5. DELIMITACION DEL PROBLEMA.....	5
1.6 OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN.....	5
1.6.1. OBJETIVO GENERAL .....	5
1.6.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS .....	6
1.7 VIABILIDAD.....	6
CAPÍTULO II: MARCO TEÓRICO.....	7
2.1. ANTECEDENTES DE LA INVESTIGACIÓN .....	7
2.2. BASES TEÓRICAS.....	15
2.3. DEFINICIÓN DE CONCEPTOS OPERACIONALES .....	21
CAPITULO III: HIPÓTESIS Y VARIABLES.....	23
3.1. HIPÓTESIS .....	23
3.2. VARIABLES PRINCIPALES DE INVESTIGACIÓN .....	23
CAPITULO IV: METODOLOGÍA.....	26
4.1. TIPO Y DISEÑO DE INVESTIGACIÓN .....	26
4.2. POBLACIÓN Y MUESTRA .....	26
4.3. OPERACIONALIZACION DE VARIABLES.....	28
4.4. TÉCNICAS E INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS .....	28
4.5. RECOLECCIÓN DE DATOS.....	29
4.6. TÉCNICA DE PROCESAMIENTO Y ANÁLISIS DE DATOS .....	29
4.7. ASPECTOS ÉTICOS DE LA INVESTIGACIÓN .....	30
CAPITULO V: RESULTADOS Y DISCUSIÓN.....	31
5.1. RESULTADOS.....	31
5.2. DISCUSIÓN DE RESULTADOS .....	42
CAPITULO VI: CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES .....	47
6.1. CONCLUSIONES .....	47
6.2. RECOMENDACIONES .....	48
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS .....	49
ANEXOS.....	57
ANEXO 01: ACTA DE APROBACIÓN DEL PROYECTO DE TESIS.....	57

ANEXO 02: CARTA DE COMPROMISO DEL ASESOR DE TESIS .....	58
ANEXO 03: CARTA DE APROBACIÓN DEL PROYECTO DE TESIS, FIRMADO POR LA SECRETARÍA ACADÉMICA .....	59
ANEXO 04: CARTA DE ACEPTACIÓN DE EJECUCIÓN DE LA TESIS POR LA SEDE HOSPITALARIA .....	60
ANEXO 05: ACTA DE APROBACIÓN DEL BORRADOR DE TESIS.....	62
ANEXO 06: REPORTE DE ORIGINALIDAD DEL TURNITIN .....	63
ANEXO 07: CERTIFICADO DE ASISTENCIA AL CURSO TALLER.....	64
ANEXO 08: MATRIZ DE CONSISTENCIA .....	65
ANEXO 09: OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES .....	67
ANEXO 10: CONSENTIMIENTO INFORMADO .....	72
ANEXO 11: INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS .....	75
ANEXO 12: VALIDACIÓN POR JUICIO DE EXPERTOS, HERNANDEZ-NIETO, 2002.....	79
ANEXO 13: BASES DE DATOS (EXCEL, SPSS), O EL LINK A SU BASE DE DATOS SUBIDA EN EL INICIB-URP. ....	81

## **LISTA DE TABLAS**

TABLA N°1: CARACTERÍSTICAS DE LOS FACTORES SOCIODEMOGRÁFICOS ASOCIADOS A LA DEPRESIÓN PERINATAL EN PUÉRPERAS ATENDIDAS EN EL INSTITUTO NACIONAL MATERNO PERINATAL DURANTE LOS MESES DE NOVIEMBRE Y DICIEMBRE DEL 2020.....	32
TABLA N°2: ANÁLISIS BIVARIADO: FACTORES SOCIODEMOGRÁFICOS ASOCIADOS A DEPRESIÓN PERINATAL DE LAS PUÉRPERAS ATENDIDAS EN EL INSTITUTO NACIONAL MATERNO PERINATAL DURANTE LA PANDEMIA COVID-19 EN EL PERIODO DE NOVIEMBRE A DICIEMBRE DEL AÑO 2020.....	33
TABLA N°3: CARACTERÍSTICAS DE LOS FACTORES OBSTÉTRICOS ASOCIADOS A LA DEPRESIÓN PERINATAL EN LAS PUÉRPERAS ATENDIDAS EN EL INSTITUTO NACIONAL MATERNO PERINATAL DURANTE LOS MESES DE NOVIEMBRE Y DICIEMBRE DEL 2020.....	34
TABLA N°4: CARACTERÍSTICAS Y ANÁLISIS BIVARIADO DE LOS FACTORES FAMILIARES ASOCIADOS A LA DEPRESIÓN PERINATAL EN LAS PUÉRPERAS ATENDIDAS EN EL INSTITUTO NACIONAL MATERNO PERINATAL DURANTE LOS MESES DE NOVIEMBRE Y DICIEMBRE DEL 2020.....	35
TABLA N°5: CARACTERÍSTICAS Y ANÁLISIS BIVARIADO DE LOS FACTORES CONYUGALES ASOCIADOS A LA DEPRESIÓN PERINATAL EN LAS PUÉRPERAS ATENDIDAS EN EL INSTITUTO NACIONAL MATERNO PERINATAL DURANTE LOS MESES DE NOVIEMBRE Y DICIEMBRE DEL 2020.....	36



TABLA N°6: CARACTERÍSTICAS Y ANÁLISIS BIVARIADO DE LOS FACTORES PERSONALES ASOCIADOS A LA DEPRESIÓN PERINATAL EN LAS PUÉRPERAS ATENDIDAS EN EL INSTITUTO NACIONAL MATERNO PERINATAL DURANTE LOS MESES DE NOVIEMBRE Y DICIEMBRE DEL 2020.....37

TABLA N°7: . CARACTERÍSTICAS Y ANÁLISIS BIVARIADO DE LOS FACTORES DE SALUD ASOCIADOS A LA DEPRESIÓN PERINATAL EN LAS PUÉRPERAS ATENDIDAS EN EL INSTITUTO NACIONAL MATERNO PERINATAL DURANTE LOS MESES DE NOVIEMBRE Y DICIEMBRE DEL 2020.....38

TABLA N°8. CARACTERÍSTICAS Y ANÁLISIS BIVARIADO DE LOS FACTORES CORRESPONDIENTES A LA PANDEMIA POR COVID-19 ASOCIADOS A LA DEPRESIÓN PERINATAL EN LAS PUÉRPERAS ATENDIDAS EN EL INSTITUTO NACIONAL MATERNO PERINATAL DURANTE LOS MESES DE NOVIEMBRE Y DICIEMBRE DEL 2020.....39

TABLA N°9: ANÁLISIS MULTIVARIADO: FACTORES ASOCIADOS A DEPRESIÓN PERINATAL EN PUÉRPERAS ATENDIDAS EN EL INSTITUTO NACIONAL MATERNO PERINATAL DURANTE LA PANDEMIA COVID-19 EN EL PERIODO DE NOVIEMBRE A DICIEMBRE DEL AÑO 2020.....41

# CAPÍTULO I: PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN

## 1.1. DESCRIPCIÓN DE LA REALIDAD PROBLEMÁTICA: PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Se espera que la depresión sea la principal de enfermedad para el año 2030, esta afecta mucho más a las mujeres que a los hombres, la diferencia entre los sexos inicia en la pubertad y predomina aún más durante los años reproductivos de las mujeres.<sup>1</sup>

Según la Organización Mundial de la Salud, alrededor del 10% de las mujeres embarazadas y el 13% de las mujeres que acaban de dar a luz en todo el mundo experimentan un trastorno mental, principalmente depresión. En países en vía de desarrollo se alcanzan valores más elevados, llegando a 15.6% durante el embarazo y a 19.8 % luego del parto.<sup>2</sup>

En una revisión sistemática se encontró, que la prevalencia de depresión prenatal está entre el 7% y el 20% en los países de ingresos altos, mientras que en países de ingresos medianos a bajos se han reportado tasas de 20% a más, asimismo se estima que la prevalencia de depresión posparto oscila entre el 7% y el 30% de manera general, en todos los países.<sup>3</sup>

En América Latina, un estudio realizado en el Hospital General de Medellín, encontró que la prevalencia de depresión perinatal era del 22,36%,<sup>4</sup> en otros estudios realizados en Perú, en el Instituto Nacional Materno Perinatal,<sup>5</sup> y el hospital Nacional Arzobispo Loayza,<sup>6</sup> se encontró que la prevalencia de depresión perinatal era de 40,1 % y 26,2 % respectivamente.

La depresión perinatal se define entonces, como un episodio de trastorno depresivo mayor que ocurre durante el embarazo o dentro de los primeras 4 semanas del posparto, según la quinta edición del Manual Diagnóstico y Estadístico de las Enfermedades Mentales (DSM-5).<sup>7</sup>

Ahora, si bien es normal que las mujeres embarazadas experimenten ansiedad por su salud física, el desarrollo y la salud del bebé, así como temor a la incapacidad para afrontar la situación, ya que el embarazo es considerado "un período de cambios y desafíos psicológicos"; estos cambios deben distinguirse de los trastornos psiquiátricos;<sup>8</sup> ya que la

depresión contribuye a aumentar los riesgos para la salud tanto de la madre como del bebé, es por ello que los trastornos mentales perinatales no tratados pueden tener graves consecuencias no solo psiquiátricas, sino obstétricas a corto y largo plazo, para la madre y el recién nacido.<sup>8</sup>

La depresión en las gestantes se ha asociado con una nutrición inadecuada incremento de peso, aumento del consumo de alcohol, tabaco y abuso de sustancias. Además, es más probable que las madres con depresión acudan tarde a los servicios perinatales, por ende tengan menos citas prenatales y no se realicen los controles periódicos.<sup>9</sup>

En los recién nacidos, varios estudios han reportado que la depresión materna se ha asociado a malos resultados obstétricos, como riesgo de parto prematuro, bajo peso al nacer, neurodesarrollo fetal alterado, APGAR con baja puntuación,<sup>10</sup> perímetro cefálico más pequeño y anomalías congénitas importantes.<sup>9</sup> La depresión perinatal también se ha relacionado con la interrupción del vínculo materno-infantil, los hijos de madres deprimidas corren el riesgo de retraso del lenguaje y en el desarrollo cognitivo, así como un coeficiente intelectual más bajo<sup>11</sup>, síntomas del trastorno por déficit de atención e hiperactividad,<sup>9</sup> y una mayor prevalencia de problemas psiquiátricos y emocionales.<sup>11</sup>

Además, se ha visto que las mujeres que experimentan depresión antes del parto continúan con mucha frecuencia experimentando síntomas depresivos en el posparto, y más del 54% de las que padecen depresión posparto informan que presentaron episodios depresivos antes o durante el embarazo.<sup>12</sup>

Estudios en otros países han reportado que la prevalencia elevada de depresión se ve influenciada por factores de riesgo como embarazo no planeado, violencia por la pareja íntima y la falta de apoyo social,<sup>13</sup> otros factores de riesgo encontrados incluyen experimentar ansiedad o acontecimientos vitales estresantes durante el embarazo, conflictos con la pareja, baja autoestima, complicaciones obstétricas y nivel socioeconómico bajo.<sup>14</sup> En estudios anteriores realizados en nuestro país los factores que se han descrito asociados a depresión perinatal, son violencia psicológica en la niñez y/o adolescencia, antecedentes de episodios

depresivos, relación regular con la familia o con la pareja, violencia psicológica por la pareja,<sup>15</sup> el no desear estar embarazada, el haber tenido sentimientos tristes en la niñez.<sup>16</sup> y la dependencia económica.<sup>17</sup>

También se describe que condiciones tales como la pobreza, la migración, el estrés extremo, los desastres naturales, y las situaciones de emergencia o conflicto, podrían incrementar el riesgo de presentar problemas de salud mental durante el embarazo y el puerperio.<sup>2,18</sup> Es por ello que el brote de la enfermedad por coronavirus 2019 (COVID-19), declarada como pandemia el 11 de marzo del 2020 por la Organización Mundial de la Salud (OMS),<sup>19</sup> y las medidas impuestas por la mayoría de gobiernos, para contener la propagación del virus y evitar el colapso de los sistemas de salud,<sup>20</sup> podrían tener un impacto negativo en este grupo en particular.<sup>17</sup>

Dos estudios, uno realizado en Canadá y otro en China, en los que se han comparado los resultados de salud mental en mujeres embarazadas reclutadas antes y después del inicio del COVID-19, han evidenciado un aumento de depresión perinatal.<sup>20</sup>

Una revisión sistemática sobre publicaciones que evalúan el impacto de COVID-19 en la salud mental materna, indica que esta se puede ver afectada por:<sup>21</sup>

1. La preocupación por la infección de la madre, el bebé u otros miembros de la familia.
2. La violencia por parte de la pareja íntima para las mujeres, ya que esta suele aumentar durante el embarazo, así como en las crisis humanitarias y los desastres naturales.
3. La interrupción grave en los servicios de atención prenatal, aumentando aún más la brecha de tratamiento para los trastornos mentales maternos, ya que los sistemas de salud, particularmente en los países de bajos y medios ingresos, están extremadamente sobrecargados debido a la pandemia. Por otro lado, la disminución de visitas a los centros de salud durante la pandemia, por el riesgo de contagio durante los controles.
4. Las consecuencias económicas y la incertidumbre financieras, especialmente para las mujeres de un nivel socioeconómico bajo.

Por todo lo descrito anteriormente, y sumado que la pandemia COVID-19 no es solo una crisis de salud pública, sino también social, demográfica y económica que tiene un efecto psicosocial negativo sustancial en todos,<sup>22</sup> es probable que las mujeres embarazadas y las madres sean más vulnerables a experimentar problemas de salud mental, como depresión, por lo tanto es importante encontrar los factores que se puedan asociar a la depresión perinatal y en especial en el contexto actual.

## **1.2. FORMULACIÓN DEL PROBLEMA**

En razón a todo lo expresado nos planteamos la siguiente interrogante: ¿Cuáles son los factores asociados a la depresión perinatal en púérperas del Instituto Nacional Materno Perinatal durante la pandemia COVID -19 en periodo de noviembre a diciembre del año 2020?

## **1.3. LINEA DE INVESTIGACIÓN NACIONAL Y DE LA URP VINCULADA**

Este estudio responde al problema de salud mental que está contenido dentro de las Prioridades de Investigación del INS 2019-2023, en el apartado de factores asociados a la depresión, violencia conductas adictivas, psicosis y demencias en las diferentes etapas de la vida. Además, pertenece al área de salud mental de las Líneas de Investigación de la Universidad Ricardo Palma.

## **1.4 JUSTIFICACIÓN DE LA INVESTIGACIÓN**

Se sabe que las mujeres embarazadas constituyen una población vulnerable en el contexto de una crisis social, como la pandemia por COVID-19, por lo que, es necesario evaluar a esta población de manera particular, pues si bien existe una mayor predisposición a la psicopatología durante el embarazo, los factores preexistentes asociados a la pandemia y el estrés psicológico provocado por esta podrían acentuar esta predisposición a la depresión perinatal.

Si bien se han realizado estudios en nuestro medio que evalúan la salud mental de las gestantes, pocos estudios han tenido en consideración los factores demográficos, obstétricos y psicosociales juntos. Por lo que, este estudio no solo busca encontrar posibles asociaciones entre factores antes descritos en otras poblaciones, sino además identificar nuevos factores asociados al contexto sanitario de la pandemia por COVID-19.

Además, en países de bajos y medianos ingresos se ha reportado que la salud mental recibe poca atención de parte de los gobiernos, y con la crisis actual, la situación empeoraría aún más,<sup>21</sup> por lo que las investigaciones en esta área son de gran aporte y valor, en especial bajo el panorama actual. Es así que determinar los factores asociados a la depresión perinatal podría ayudar a los profesionales de la salud a identificar a las mujeres de alto riesgo, ofreciéndoles intervenciones oportunas.

Por otro lado, la presente investigación brindaría mayor conocimiento sobre la Escala de depresión posparto de Edimburgo (EPDS), una escala de calificación de autoinforme, empleada en este trabajo, y su utilidad como una herramienta de tamizaje para un diagnóstico precoz de depresión perinatal, y así poder evitar el doble impacto que genera una enfermedad como la depresión en una madre o gestante, ya que afecta tanto a ella como a su descendencia.

## **1.5. DELIMITACION DEL PROBLEMA**

**Delimitación espacial:** Instituto Nacional Materno Perinatal, Lima, Perú.

**Delimitación temporal:** De noviembre a diciembre de 2020.

**Delimitación social:** Puérperas que se encontraban entre su primer y tercer día postparto.

## **1.6 OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN**

### **1.6.1. OBJETIVO GENERAL**

- Determinar cuales son los factores asociados a la depresión perinatal en puérperas del Instituto Nacional Materno Perinatal durante la pandemia COVID-19 en el periodo de noviembre a diciembre del año 2020.

### **1.6.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS**

- Determinar los factores sociodemográficos asociados a la depresión perinatal
- Determinar los factores obstétricos asociados a la depresión perinatal
- Determinar los factores psicosociales asociados a la depresión perinatal

## **1.7 VIABILIDAD**

Previamente, el Instituto Nacional Materno Perinatal y su comité de Ética aprobaron el proyecto de investigación, posteriormente se realizó la encuesta a las puérperas con las medidas y el equipo de bioseguridad brindado por este.

## CAPÍTULO II: MARCO TEÓRICO

### 2.1. ANTECEDENTES DE LA INVESTIGACIÓN

#### Antecedentes Internacionales

1. **Wu Y, Zhang C, Liu H, Duan C, Li C, Fan J, et al. (China, 2020)** en el estudio **“Perinatal depressive and anxiety symptoms of pregnant women during the coronavirus disease 2019 outbreak in China”** de tipo transversal multicéntrico que tuvo como objetivo examinar el impacto de las COVID-19 en la prevalencia de síntomas depresivos y de ansiedad, y los factores de riesgo correspondientes. Se utilizó la escala de depresión posnatal de Edimburgo (EPDS) para evaluar los síntomas de ansiedad y depresión materna. Se encuestaron a 2839 gestantes antes y 1285 gestantes después de la declaración de la epidemia provocada por el SARS-CoV-2. Se encontró que el contexto de la epidemia de COVID-19 aumentó significativamente la prevalencia de síntomas depresivos (RRa: 1,20; IC95%: 1,04-1,40;  $p = 0,01$ ) y el riesgo de pensamientos de autolesión (RRa: 2,85; IC95%: 1,70-8,85;  $p = 0,005$ ). También se observó una asociación entre las puntuaciones de EPDS y el número de nuevas infecciones confirmadas por día ( $p = 0,04$ ), entre el número de nuevas muertes por día con la prevalencia de depresión ( $p = 0,001$ ) y la correlación con las puntuaciones de EPDS ( $p = 0,008$ ). Asimismo, se encontró que las mujeres embarazadas que tenían bajo peso antes del embarazo, primíparas, menores de 35 años, empleadas a tiempo completo, en la categoría de ingresos medios y que tenían un espacio adecuado para vivir, tenían un mayor riesgo de desarrollar síntomas depresivos y de ansiedad durante el brote.<sup>23</sup>
2. **Berthelot N, Lemieux R, Garon-Bissonnette J, Drouin-Maziade C, Martel É, Maziade M. (Canadá, 2020)** en el artículo **“Uptrend in distress and psychiatric symptomatology in pregnant women during the coronavirus disease 2019 pandemic”** donde se evaluaron dos cohortes de mujeres embarazadas voluntarias, una que fue reclutada antes de la pandemia de COVID-19 (496) y la otra que se reclutó en línea durante la pandemia (1258), en este estudio se obtuvieron los



siguientes resultados: Las mujeres embarazadas de la cohorte pandémica COVID-19 informaron más sufrimiento prenatal que las mujeres embarazadas de la cohorte anterior a la pandemia COVID-19. Las mujeres de la cohorte de la pandemia COVID- 19 tenían más probabilidades que las mujeres de la cohorte anterior a la pandemia COVID- 19 de presentar niveles clínicamente significativos de síntomas depresivos y de ansiedad (OR = 1,94; p = 0,002), también se vio niveles más altos de afectividad negativa y niveles más bajos de afectividad positiva en la cohorte COVID- 19. Asimismo los análisis de regresión múltiple indicaron que las mujeres embarazadas de la cohorte de COVID-19 que tenían un diagnóstico psiquiátrico previo o ingresos bajos serían más propensas a sufrir mayor angustia y síntomas psiquiátricos.<sup>24</sup>

3. **Effati-Daryani F, Zarei S, Mohammadi A, Hemmati E, Ghasemi Yngyknd S, Mirghafourvand M. ( Irán, 2020)** en el artículo **“Depression, stress, anxiety and their predictors in Iranian pregnant women during the outbreak of COVID-19”** de tipo descriptivo-analítico transversal que se realizó en 205 mujeres embarazadas atendidas por los centros de salud de Tabriz para determinar el estado de depresión, estrés, ansiedad y sus predictores en mujeres embarazadas iraníes durante el brote de COVID-19, mediante un cuestionario de características sociodemográficas y la escala de Depresión, Ansiedad y Estrés-21( DASS-21), se observaron síntomas de depresión, estrés y ansiedad en el 32,7, 32,7 y 43,9% de las gestantes, respectivamente, con grados variables de leves a muy graves, además las variables de nivel educativo, trabajo del cónyuge y satisfacción con la vida conyugal fueron los predictores de síntomas depresivos (p <0,05).<sup>25</sup>
  
4. **Durankuş F, Aksu E. (Turquía, 2020)** en el estudio **“Effects of the COVID-19 pandemic on anxiety and depressive symptoms in pregnant women: a preliminary study”** donde utilizaron las escalas: Escala de depresión posparto de Edimburgo (EPDS), el Inventario de Depresión de Beck (BDI) para evaluar la depresión; el Inventario de ansiedad de Beck (BAI) para evaluar ansiedad, y un cuestionario online, en 260 mujeres embarazadas durante la pandemia COVID 19.

De acuerdo con los puntos de corte de la EPDS, se dividieron en dos grupos. El primero estaba formado por participantes con puntuaciones iguales o inferiores a 13 en la EPDS (controles), y el segundo grupo estaba formado por encuestados con puntuaciones superiores a 13 (casos). Las mujeres embarazadas que puntuaron por encima de 13 en la EPDS fueron el 35,4%, y las puntuaciones de ansiedad y depresión determinadas a través del BAI y BDI fueron mucho más altas en el grupo de casos, que en el grupo de control. Los resultados de BDI sugirieron que las mujeres embarazadas experimentaron episodios depresivos, mientras que los hallazgos de BAI implicaron que exhibían niveles más altos de ansiedad de lo habitual. Asimismo, las gestantes cuyas puntuaciones medias de BDI y BAI fueron mayores en el grupo control. refirieron que el COVID-19 y el aislamiento social han afectado su salud psicológica.<sup>26</sup>

5. **Milne SJ, Corbett GA, Hehir MP, Lindow SW, Mohan S, Reagu S, et al. (Irlanda, 2020)** el estudio **“Effects of isolation on mood and relationships in pregnant women during the covid-19 pandemic”** un estudio prospectivo en el que participaron mujeres embarazadas que acudían a atención prenatal en el Hospital universitario de mujeres y niños de Coombe. Las mujeres en su segundo y tercer trimestre completaron un cuestionario en el entorno ambulatorio que se basó en el estado de ánimo materno durante la fase de encierro de la pandemia COVID-19, además de los detalles de las relaciones entre parejas, familiares y amigos durante este tiempo. Cuando se les preguntó sobre el estado de ánimo, el 44% (31/70) informó un estado de ánimo bajo debido a la soledad, ya que se perdieron el contacto con amigos y familiares. Se informó ansiedad debido a la presión financiera por no poder trabajar en el 14% (10/70). Positivamente, más de un tercio de las mujeres 34% (24/70) dijeron que estaban disfrutando del encierro y el aislamiento, ya que era relajante y un descanso del ritmo acelerado de la vida.<sup>27</sup>
6. **Giardinelli L, Innocenti A, Benni L, Stefanini MC, Lino G, Lunardi C, et al. (Italia, 2012)** el estudio **“Depression and anxiety in perinatal period: prevalence**

**and risk factors in an Italian sample”** que tuvo como objetivo evaluar la prevalencia y los factores de riesgo de depresión y ansiedad perinatal en 590 mujeres entre las semanas 28 y 32 de gestación de un curso que se realizó en el Departamento de Obstetricia y Ginecología en una universidad en Florencia, mediante la Escala de Depresión Postnatal de Edimburgo (EPDS) y el inventario de ansiedad rasgo-estado (STAI-Y), se encontró que los factores de riesgo más importantes para la depresión prenatal son: nacionalidad extranjera OR:3.34 IC del 95% (1.78–6.26), relación conflictiva con la familia OR: 2.68 IC del 95% (1.68–4.29) y la pareja OR:4.20 IC del 95% (1.97–8.95), los factores de riesgo de depresión posparto son: trastornos psiquiátricos durante el embarazo y técnicas de reproducción artificial, por otro lado los trastornos psiquiátricos antes y durante el embarazo, fueron los factores de riesgo más importantes para la ansiedad.<sup>28</sup>

7. **Waqas A, Raza N, Lodhi HW, Muhammad Z, Jamal M, Rehman A. (Pakistán, 2015)** en el estudio **“Psychosocial Factors of Antenatal Anxiety and Depression in Pakistan: Is Social Support a Mediator”** de tipo transversal que se realizó en cuatro hospitales universitarios de Lahore donde se entrevistó a un total de 500 mujeres embarazadas, utilizando las escalas: Escala de Depresión (HADS) y Escala de Provisiones Sociales (SPS), se evidenció que el 49% sufría de ansiedad y 31,8% se encontraban deprimidos. Entre factores de riesgo para ansiedad y depresión estaban ser procedente de zonas rurales, antecedentes de acoso, aborto, parto por cesárea y embarazos no planeados ( $P < 0.05$ ). Asimismo las mujeres con más hijas fueron significativamente más propensas a obtener una puntuación más alta en la HADS, mientras que un mayor número de hijos varones se asoció con menores puntuaciones ( $P < 0,05$ ).<sup>29</sup>
8. **Azad R, Fahmi R, Shrestha S, Joshi H, Hasan M, Khan ANS, et al. (Bangladesh, 2019)** el estudio **“Prevalence and risk factors of postpartum depression within one year after birth in urban slums of Dhaka, Bangladesh”** de tipo transversal cuyo objetivo fue evaluar la prevalencia y los factores de riesgo de la depresión posparto en 376 mujeres dentro de los primeros 12 meses de posparto en tres grandes

barrios marginales de la ciudad de Dhaka entre los meses noviembre y diciembre del 2017, utilizando la escala de depresión posparto de Edimburgo para medir el estado de depresión, donde se encontró que la prevalencia de depresión posparto fue del 39,4% y los factores de riesgo identificados fueron la participación laboral después del parto, pérdida del trabajo debido al embarazo, antecedentes de aborto espontáneo o mortinato o muerte infantil, embarazo no planeado, deudas por préstamos o hipotecas, síntomas depresivos durante el embarazo y violencia de pareja íntima.<sup>30</sup>

9. **Silva R, Jansen K, Souza L, Quevedo L, Barbosa L, Moraes I, et al. (Brasil, 2012)** en el estudio **“Sociodemographic risk factors of perinatal depression: a cohort study in the public health care system”** en el que se entrevistó a 1019 mujeres que habían recibido atención prenatal a través del Sistema Nacional de Salud Pública de Brasil en la ciudad de Pelotas, con el objetivo de evaluar los factores de riesgo sociodemográficos para la prevalencia e incidencia de síntomas depresivos relevantes en el posparto, donde los síntomas depresivos se evaluaron mediante la Escala de Depresión Postnatal de Edimburgo (EDPS), y se encontró que la prevalencia de síntomas depresivos significativos durante el embarazo fue del 20,5% y en el posparto del 16,5%, asimismo se evidenció que las mujeres con depresión prenatal tenían un mayor riesgo de depresión en el postparto ( $p < 0,001$ ). Los factores de riesgo que hallaron para depresión perinatal eran un nivel socioeconómico más bajo ( $p = 0,002$ ), no vivir con una pareja ( $p = 0,026$ ), trastornos psicológicos y / o psiquiátricos previos ( $p < 0,001$ ), trastorno psiquiátrico familiar ( $p = 0,046$ ) y tabaquismo durante el embarazo ( $p = 0,007$ ).<sup>31</sup>
  
10. **Dmitrovic BK, Dugalić MG, Balkoski GN, Dmitrovic A, Soldatovic.I (Serbia, 2014)** En el estudio **“Frequency of perinatal depression in Serbia and associated risk factors”** realizado en el departamento de internación de Clínicas de Obstetricia y Ginecología del Centro Clínico de Serbia, Facultad de Medicina - Universidad de Belgrado y en el departamento de consultas externas del Centro de Salud Primaria Zvezdara, que tuvo como objetivo evaluar a 212 mujeres para detectar síntomas de

depresión durante el embarazo y el posparto. El instrumento utilizado para la detección de la depresión durante el embarazo y el posparto fue la Escala de Depresión Postnatal de Edimburgo (EPDS) durante el tercer trimestre del embarazo y a las 8 semanas después del parto, así como la escala de depresión de Hamilton para calificar la gravedad de los síntomas depresivos. En los resultados que obtuvieron encontraron niveles elevados de síntomas depresivos en el 21,7% durante el embarazo y 11,8% en el posparto, ninguna de las mujeres que fueron evaluadas tenía síntomas depresivos graves o pensamientos suicidas, la mayoría presentaba síntomas depresivos leves (76%) y moderados (4,6%). En cuanto a los factores de riesgo que se hallaron fueron el bajo nivel educativo, baja satisfacción con la situación económica, embarazo de alto riesgo y haber presentado depresión durante el embarazo.<sup>32</sup>

11. **Gaviria SL, Duque M, Vergel J, Restrepo D. (Colombia, 2017)** en el estudio **“Síntomas depresivos perinatales: prevalencia y factores psicosociales asociados”** de tipo descriptivo transversal que se realizó en Hospital General de Medellín a partir de 112 registros de mujeres embarazadas o en el posparto inmediato, utilizando la escala de Edimburgo para depresión perinatal donde se buscó la asociación con factores de riesgo psicosocial ocurridos en el último año, la prevalencia de síntomas depresivos perinatales fue del 22,36% (Escala de Edimburgo  $\geq 12$ ) asimismo los síntomas depresivos se asociaron con los siguientes factores: finalización de la relación de pareja (OR = 6,26; IC95%, 1,91-20,49), dificultades económicas graves (OR = 6,61; IC95%, 1,86-23,45) y muerte de un familiar (OR = 3,79; IC95%, 1,12-12,74). El único factor protector fue tener empleo.<sup>33</sup>

12. **Yanikkerem E, Ay S, Mutlu S, Goker A. (Turquía, 2013)** el estudio **“Antenatal depression: prevalence and risk factors in a hospital based Turkish simple”** que buscó evaluar la prevalencia y los factores de riesgo asociados a la depresión prenatal en gestantes del Hospital Merkez Efendi, encontró mediante la escala de Depresión de Beck que de 651 mujeres embarazadas que no tenían enfermedades crónicas, 71 (10,9%) puntuaron  $> 17$  en la escala, lo que indica depresión prenatal, asimismo

se evidenció que el bajo nivel de educación (21,4%), el embarazo no planificado (24,2%), la falta de apoyo social (24,0%) y los síntomas físicos relacionados con el embarazo eran los factores de riesgo más importantes para la depresión prenatal.<sup>34</sup>

13. **De Jesus Silva MM, Peres Rocha Carvalho Leite E, Alves Nogueira D, Clapis MJ. (Brasil, 2016)** en el estudio **“Depression in pregnancy: Prevalence and associated factors”** que tuvo como objetivo evaluar la ocurrencia de depresión durante el embarazo y sus factores asociados mediante la escala hospitalaria de ansiedad y depresión (HASD) de Zigmond y Snaith en 209 gestantes de Brasil, donde se encontró que la depresión estuvo presente en el 14,8% de las embarazadas, siendo más frecuente durante el segundo trimestre del embarazo (48.4%). La depresión durante el embarazo se asoció significativamente a el número de embarazos (19.3%), el apoyo familiar (15.3%), el consumo de alcohol (46.7%), el uso de medicamentos diarios (42.9%), los antecedentes de trastorno mental (35.7%), la presencia de eventos llamativos en los últimos 12 meses (24.3%) y antecedentes de violencia doméstica (38.1%) ( $p < 0.01$ ).<sup>35</sup>

### **Antecedentes Nacionales**

1. **Paccori Yanac LV, Mercado Huachupoma YD. (Lima, 2012)** en el estudio **“Factores asociados a la depresión en gestantes del Instituto Nacional Materno”** Perinatal que tuvo como objetivo: Analizar los factores asociados a la depresión en 226 gestantes donde las dividieron en 113 con depresión (casos) y 113 sin depresión (controles) mediante el test de Edimburgo, dentro de los resultados encontraron que factores de riesgo con asociación significativa eran: violencia psicológica en la niñez (OR:1.9, IC 95%:1.1-3.4), violencia psicológica en la adolescencia (OR:2.2, IC 95%: 1.2-3.8), relación regular con la pareja (OR=2.3 IC 95% 1.2-4.3), violencia psicológica por la pareja (OR:2.6, IC 95%: 1.4-4.8), relación regular con la familia (OR=2.8 IC 95% 1.4-5.5), antecedente de episodio depresivo (OR:3.7, IC 95%: 2.0-7.0), asimismo dentro de los factores protectores con asociación significativa se encontraron: Buena relación con la familia (OR:0.3, IC 95%: 0.1-0.6), apoyo emocional de la familia (OR:0.3, IC 95%:0.1-0.4), buena relación con la pareja

(OR:0.3, IC 95% 0.2-0.6), embarazo deseado por la pareja (OR:0.3, IC 95%: 0.1-0.7), apoyo emocional de la pareja (OR:0.4, IC 95%: 0.1-0.9).<sup>15</sup>

2. **Luna Matos ML, Salinas Piélagos J, Luna Figueroa A. (Lima, 2009)** En el estudio **“Depresión mayor en embarazadas atendidas en el Instituto Nacional Materno Perinatal de Lima, Perú** donde se buscó determinar la prevalencia de depresión mayor durante el embarazo, así como establecer las características sociodemográficas y obstétricas en ellas, utilizando la escala de depresión de Edimburgo en 222 gestantes, se evidenció que el 40,1% de las gestantes que sufrían depresión mayor. Dentro de los factores asociados a depresión se hallaron: embarazo no planificado ( $p= 0,029$ ) y complicaciones durante su gestación ( $p= 0,044$ ). Sin embargo no se encontró que la edad, el nivel educacional, la edad gestacional, el número de hijos, los antecedentes de aborto, el consumo de alcohol u otras sustancias, la falta de apoyo familiar y problemas de pareja, familiares, económicos o personales influyeran en la frecuencia de depresión.<sup>5</sup>
3. **Gonzalez R, Alejandra V. (Lima, 2018)** en el estudio **“Asociación entre el apoyo de la pareja y la depresión en gestantes del tercer trimestre de embarazo. Instituto Nacional Materno Perinatal, junio – julio, 2017”** de tipo observacional, analítico de casos y controles, transversal y prospectivo realizado en 90 gestantes, utilizando la escala de Edimburgo para evaluar la depresión, y un cuestionario de apoyo de la pareja, se evidenció que hay asociación significativa entre el apoyo de la pareja y la depresión en gestantes. ( $p= 0.000$ ).<sup>36</sup>
4. **Gutierrez P, Sofia E. (Lima, 2019)**. En su tesis **“Factores psicosociales asociados a la depresión en gestantes del Centro Materno Infantil Villa María del Triunfo, 2018”** de tipo cuantitativo, observacional, analítico de casos y controles; donde se evaluaron a 95 gestantes con un instrumento validado por expertos para los factores psicosociales y el nivel de depresión se evaluó mediante el cuestionario de la salud del paciente (PHQ-9), se obtuvieron como factores de riesgo para depresión en

gestantes el desear no estar embarazada (OR=3.07; IC95%:1.17-8.03) y presentar sentimientos tristes en la niñez (OR=2.72; IC95%:1.04-7.14).<sup>16</sup>

## **2.2. BASES TEÓRICAS**

### **Depresión**

La depresión o trastorno depresivo mayor es una enfermedad muy común y grave que afecta negativamente como piensa, actúa y como se siente una persona. Produce sentimientos de tristeza y/o pérdida de interés en actividades que alguna vez disfrutó, causando una variedad de problemas emocionales y físicos disminuyendo su capacidad para funcionar en el trabajo y en el hogar.<sup>37</sup>

Es la principal causa de discapacidad en el mundo, se calcula que más de 300 millones de personas de todas las edades en todo el mundo padecen depresión.<sup>38</sup>

En comparación con los hombres, las mujeres tienen mayor probabilidad de sufrir depresión, estudios muestran que un tercio de las mujeres experimentarían un episodio depresivo mayor en su vida.<sup>39</sup>

La depresión es tratable, sin embargo de no tratarse, puede conducir al suicidio.<sup>40</sup>

### **Clínica y diagnóstico**

Los síntomas de depresión son:<sup>40</sup>

- Estado de ánimo deprimido
- Trastornos del sueño
- Anhedonia (pérdida de satisfacción o interés en actividades que antes disfrutaba)
- Culpa (sentimientos de inutilidad, desesperanza y/o arrepentimiento)
- Pérdida de energía o mayor fatiga.
- Déficit de concentración
- Trastorno del apetito (ya sea aumentado o disminuido)
- Retraso psicomotor o agitación
- Tendencias suicidas.



El diagnóstico se hace si cinco (o más) de los síntomas han estado presentes durante al menos dos semanas y la persona debe representar un cambio en el nivel previo de funcionamiento, al menos uno de los síntomas debe ser estado de ánimo deprimido o anhedonia.<sup>40</sup>

La depresión puede manifestarse de diferentes maneras entre ambos sexos. En las mujeres se suelen reportar dolencias físicas como dolores de cabeza, mialgias o problemas gastrointestinales, o exhibir efectos emocionales como estrés y llorar con facilidad, por otro lado hombres con depresión son más propensos a reportar episodios de agresividad o ira, uso de sustancias y comportamientos de riesgo.<sup>40</sup>

### **Factores de riesgo**

Los factores de riesgo de depresión son multifactoriales:<sup>39</sup>

-Bioquímica: Deficiencias en ciertas sustancias químicas del cerebro pueden contribuir a los síntomas de la depresión.

-Genética: La depresión puede ser hereditaria, se ha visto en un 70% de gemelos idénticos.

-Personalidad: Personas pesimistas, con baja autoestima tendrían mayor predisposición

-Factores ambientales: Haber sufrido de violencia, la negligencia, abuso o la pobreza.

### **Tratamiento**

La depresión suele tender una respuesta adecuada a tratamiento farmacológico y/o psicoterapéutico, llegando casi al 90% de efectividad.<sup>39</sup>

-Medicamentos

Se recetan antidepresivos que modifican la química del cerebro, dentro de las dos primeras semanas se podría sentir alguna mejora, pero por lo general los beneficios se ven dentro de los dos o tres meses, usualmente se recomienda que los medicamentos se continúen durante seis meses o más después de que los síntomas hayan mejorado. Se puede sugerir un

tratamiento de mantenimiento a largo plazo para así disminuir el riesgo de episodios recurrentes.<sup>39</sup>

#### -Psicoterapia

La psicoterapia o "terapia de conversación", se puede usar como único tratamiento de la depresión leve; pero en el caso de depresión moderada a severa, la psicoterapia se combina con los antidepresivos. Se ha descubierto que la terapia cognitivo-conductual (TCC) es excelente para el manejo de la depresión. La TCC se centra en la resolución de problemas en el presente, cambiando el pensamiento distorsionado/negativo y responder de una manera más positiva a los desafíos.<sup>39</sup>

#### -La terapia electroconvulsiva (TEC)

La terapia electroconvulsiva se reserva como último recurso para pacientes con depresión mayor grave que no han respondido a otros tratamientos. Implica una breve estimulación eléctrica del cerebro mientras el paciente está bajo anestesia.<sup>39</sup>

### **Depresión Perinatal**

La depresión perinatal es considerada un subtipo del trastorno depresivo mayor,<sup>1</sup> definida como un episodio de trastorno depresivo mayor que ocurre durante el embarazo o dentro de las primeras 4 semanas del posparto.<sup>7</sup> Por algunos estudios se considera hasta 1 año después.<sup>41</sup> Durante el embarazo, el cuerpo una mujer atraviesa una serie de desafiantes cambios fisiológicos que a la placenta garantizan el crecimiento y neurodesarrollo del feto. La placenta es una glándula endocrina que produce niveles muy elevados de hormonas, los cuales solo se observan durante el embarazo.<sup>1</sup>

El correcto funcionamiento de la placenta tiene consecuencias para la salud tanto de la madre como de la descendencia ya sea a corto o largo plazo. Se cree que la interrelación de la placenta, enzimas placentarias, la cadena de señalización inflamatoria, y hormonas contribuyan a la predisposición de depresión en la madre, y por tanto influyan en el feto de

formas que aún no se conocen del todo, incluido el riesgo del niño de padecer una enfermedad psiquiátrica.<sup>1</sup>

El cortisol, la progesterona, el estriol, entre otras hormonas son indetectables fuera del embarazo; sin embargo, se encuentran en niveles elevados a lo largo de las 40 semanas de gestación, para luego caer drásticamente durante el parto. Todos estos cambios hormonales se encargan de preparar el cerebro para la maternidad no obstante, podrían hacer que una mujer sea más propensa biológicamente a padecer depresión perinatal.<sup>1</sup>

Por otro lado, se han identificado varios factores de riesgo de depresión perinatal, de los cuales varios de estos se encuentran asociados a la depresión en la población en general, como la pobreza, eventos estresantes de la vida (divorcio, enfermedad grave, muerte en la familia) o molestias diarias (molestias laborales, presiones de tiempo, tensión financiera). Sin embargo se ha encontrado otros más específicos asociados a la depresión perinatal como violencia de pareja íntima,<sup>42</sup> embarazo no deseado o en la adolescencia, nacimiento múltiple, un embarazo o parto difícil o traumático, problemas de salud continuo con el bebé, falta de apoyo social con nivel socioeconómico bajo y dificultades financieras, un diagnóstico de trastorno por abuso de sustancias, así como antecedentes de trastornos depresivos, bipolares o de ansiedad y antecedentes familiares de trastornos depresivos o trastornos perinatales.<sup>43</sup> Además se ha visto que la depresión prenatal es el factor de riesgo más importante para el desarrollo de la depresión posparto.<sup>42</sup>

### **Diagnóstico**

El diagnóstico de depresión perinatal muchas veces suele ser subestimado ya que las alteraciones del sueño, el estrés agudo o crónico, y cambios hormonales, están presentes en todas las mujeres embarazadas;<sup>43</sup> de la misma manera, las madres pueden negarse a expresar sentimientos de tristeza, esto se puede deber a las características culturales y al estigma social que conlleva la depresión en las madres, pues se espera que la maternidad sea un momento feliz en la vida de la mujer.<sup>9</sup>

Ensayos realizados en Estados Unidos han deducido que el tamizaje oportuno tiene un importante valor en las madres deprimidas. Por lo tanto, la detección ha sido recomendada para todas las mujeres en el período perinatal por varias organizaciones como la American College of Obstetricians and Gynecologists, la Asociación Americana de Psiquiatría, y el Academia Americana de Pediatría.<sup>43</sup> Es así que los médicos de atención primaria pueden aumentar significativamente las tasas de detección y diagnóstico de depresión perinatal, realizando tamizajes mediante herramientas como las escalas de calificación de autoinforme en pacientes embarazadas y en el posparto.<sup>9,43</sup>

Una de las herramientas de detección más sencillas y fiables es la Escala de depresión posparto de Edimburgo (EPDS),<sup>43</sup> la cual se desarrolló específicamente para medir la depresión posparto, pero que luego fue extendida hacia el periodo gestacional.<sup>44</sup> Es un formulario validado transculturalmente, que se puede completar en 2 a 3 minutos en una sala de espera, en línea o con un médico. La sensibilidad y la especificidad oscilan entre el 70% y el 88%, y los estudios han encontrado que la EPDS es dos veces más eficaz que la entrevista a un médico para detectar la depresión.<sup>43</sup> Posee diez ítems, cada ítem presenta respuestas de tipo Likert de cuatro opciones, oscilando entre 0 y 3 puntos dependiendo de la pregunta, con un puntaje máximo de 30 puntos; donde una puntuación de 13 o más indica posible depresión,<sup>45</sup> además esta escala determina aspectos del humor depresivo y no incluye ítems somáticos. para evitar confusión con los síntomas fisiológicos propios del embarazo.<sup>46</sup>

Una vez que la paciente da positivo al tamizaje, debe de realizarse una evaluación clínica adicional para confirmar el diagnóstico de depresión.<sup>43</sup>

## **Prevención**

La depresión perinatal se puede prevenir en algunos pacientes. En una revisión de 50 estudios en mujeres que tenían al menos uno de los siguientes factores de riesgo: antecedentes personales o familiares de depresión, antecedentes de abuso físico o sexual, problemas socioeconómicos o acontecimientos vitales negativos importante; en las cuales se realizó durante el embarazo y el período posparto intervenciones de asesoramiento. Estas intervenciones se asociaron con una disminución de un 39% de padecer depresión perinatal en las mujeres con riesgo de padecerla. Las intervenciones con mayor eficacia fueron la

terapia interpersonal y la terapia cognitivo-conductual, Por lo cual se concluye que el asesoramiento oportuno podría prevenir la depresión perinatal.<sup>43</sup>

## **Tratamiento**

El tratamiento es igual al de la depresión en general, la terapia cognitivo-conductual individual (TCC),<sup>42</sup> los grupos de apoyo, la terapia familiar, asesoramiento telefónico y visitas domiciliarias con personal capacitados en temas de salud mental, suelen ser eficaces si necesidad de emplear medicamentos.<sup>43</sup>

En cuanto al uso de antidepresivos, a pesar de los avances en medidas no farmacológicas, a veces se requiere asociarla a la medicación.<sup>43</sup> Casi el 13% de todas las mujeres embarazadas toma un antidepresivo durante el embarazo, siendo los inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina (ISRS) y los inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina y noradrenalina (ISRSN) son los recetados con mayor frecuencia.<sup>42</sup>

La investigación sobre la seguridad del uso de antidepresivos durante el embarazo y la lactancia han arrojado resultados mixtos, lo que dificulta las recomendaciones clínicas. Se ha visto que el uso de antidepresivos como inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina durante el embarazo, especialmente durante el primer trimestre se ha asociado al riesgo de aborto espontáneo y parto prematuro.<sup>47</sup> En un estudio se encontró un mayor riesgo de diversas malformaciones congénitas (defectos cardíacos congénitos, craneosinostosis) por el uso de los ISRS durante el embarazo, sin embargo, persisten las inconsistencias entre los resultados del estudio.<sup>42</sup>

De manera general, se debe indicar a las madres que estén amamantado y que requieran tomar medicamentos, los tomen después de amamantar minimizando la cantidad en la leche materna.<sup>42</sup>

Las investigaciones han demostrado que se necesita un enfoque individualizado para cada paciente, valorizando un riesgo-beneficio para la salud de la madre y para el desarrollo del niño.<sup>43</sup>

La terapia electroconvulsiva (TEC) se podría considerar en algunos casos de depresión refractaria severa.<sup>47</sup>

### **Pandemia de COVID-19 y salud mental**

La aparición de una nueva variante de coronavirus, causante de la pandemia de COVID-19, ha tenido un fuerte impacto en el ámbito de la salud mental. Una epidemia de tal magnitud causa la aparición de ciertos problemas psicosociales, y estos pueden exceder las capacidades de manejo emocional de la población afectada, resultando en una mayor incidencia de trastornos mentales.<sup>48</sup> Este efecto suele ser más pronunciado en personas con condiciones de vida inestables, recursos limitados y acceso limitado a servicios sociales y de salud. También se ha informado que uno de los factores que inciden en la alta tasa de morbilidades psiquiátricas se encuentra la existencia de este nuevo coronavirus, que tiene un comportamiento impredecible y altamente contagioso y que ha requerido que muchos países declaren el aislamiento social obligatorio.<sup>49</sup> Por lo cual algunos autores han sugerido adoptar e incorporar la tecnología como un recurso para el asesoramiento psicológico e intervención en estos momentos de crisis, como estrategia para mitigar el impacto emocional.<sup>50</sup>

### **2.3. DEFINICIÓN DE CONCEPTOS OPERACIONALES**

- **Factores sociodemográficos:** Características propias de cada miembro de la población, incluye edad, estado civil, nacionalidad, procedencia, nivel de pobreza, nivel educativo, ocupación.
- **Factores obstétricos:** Son condiciones relacionadas con la gestación, involucrando antecedentes en relación con embarazos previos y complicaciones durante la actual.
- **Factores psicosociales:** Son condiciones que se asocian o implican el desarrollo de la depresión; comprometiendo la salud y su desenvolvimiento en el ambiente que se

encuentra, abarcando aspectos familiares, conyugales, personales, salud y eventos estresantes que pueden afectar la salud mental.

- **Depresión:** Es una alteración mental común, en la que se presentan síntomas como tristeza, pérdida de interés o disfrute, sensación de interioridad o falta de autoestima, pérdida del sueño o del apetito, cansancio y falta de atención. La depresión puede convertirse en una enfermedad de larga data o puede ser recurrente y en su peor forma, puede llevar al suicidio.<sup>51</sup>

## **CAPITULO III: HIPÓTESIS Y VARIABLES**

### **3.1. HIPÓTESIS**

#### **Hipótesis General**

- Existen factores asociados a la depresión perinatal en puérperas del Instituto Nacional Materno Perinatal durante la pandemia COVID-19 en el periodo de noviembre a diciembre del año 2020.

#### **Hipótesis Específicas**

- Los factores sociodemográficos están asociados a la depresión perinatal
- Los factores obstétricos están asociados a la depresión perinatal
- Los factores psicosociales están asociados a la depresión perinatal

### **3.2. VARIABLES PRINCIPALES DE INVESTIGACIÓN**

Variable Dependiente:

#### **Depresión Perinatal**

Variables independientes:

#### **Factores sociodemográficos**

- Edad
- Estado civil
- Nacionalidad
- Procedencia
- Nivel de pobreza
- Nivel educativo
- Ocupación



## **Factores obstétricos**

- Número de partos
- Antecedente de aborto
- Complicaciones durante la gestación

## **Factores Psicosociales**

### **Factores Familiares**

- Tipo de familia
- Violencia psicológica durante la niñez y/o adolescencia por algún familiar
- Violencia física durante la niñez y/o adolescencia por algún familiar
- Apoyo familiar durante el embarazo

### **Factores conyugales**

- Relación con la pareja
- Violencia psicológica por la pareja
- Violencia física por la pareja
- Apoyo económico por la pareja

### **Factores personales**

- Embarazo deseado
- Embarazo consentido

### **Factores de salud**

- Consumo de tabaco durante la gestación
- Consumo de alcohol durante la gestación
- Consumo o drogas durante la gestación

### **Factores correspondientes a la pandemia por COVID-19**

- Infección por COVID 19 durante la gestación
- Infección de un ser querido por COVID-19

- Fallecimiento de un ser querido por COVID-19
- Afectación económica por la pandemia COVID-19
- Limitación de asistencia a controles prenatales por la pandemia COVID-19

## CAPITULO IV: METODOLOGÍA

### 4.1. TIPO Y DISEÑO DE INVESTIGACIÓN

Diseño observacional, analítico, tipo casos y controles:

**Observacional:** Se recolectó información sobre las variables de interés sin manipularlas.

**Analítico:** Se determinó la asociación entre los factores sociodemográficos, obstétricos, psicosociales, de salud, correspondientes a la pandemia por COVID-19 y el padecimiento de depresión.

**Casos y controles:** Para el presente estudio se tuvo en consideración dos grupos, el grupo de casos, comprendido por las puérperas con depresión, y el grupo control, comprendido por puérperas sin depresión, con quienes se realizó la comparación.

### 4.2. POBLACIÓN Y MUESTRA

#### 4.2.1 Población

El universo estuvo conformado por puérperas hospitalizadas en áreas no COVID del Instituto Nacional Materno Perinatal durante los meses de noviembre y diciembre del año 2020. Se seleccionaron dos grupos, uno de casos y otro de controles.

**Definición de casos:** puérperas hospitalizadas en áreas no COVID de puerperio del Instituto Nacional Materno Perinatal durante los meses de noviembre y diciembre del año 2020, con puntaje igual o mayor de 13 según la escala de Edimburgo, que cumplían los criterios de inclusión y exclusión.

**Definición de controles:** puérperas hospitalizadas en áreas no COVID de puerperio del Instituto Nacional Materno Perinatal durante los meses de noviembre y diciembre del año 2020 con puntaje menor a 13, según la escala de Edimburgo, que cumplían los criterios de inclusión y exclusión.

#### 4.2.2 Muestra

Se utilizó la calculadora estadística del Instituto de Investigación de Ciencias Biomédicas de la Universidad Ricardo Palma. El tamaño de muestra fue calculado mediante la fórmula para estudios de tipo caso-control. Tomando de referencia la variable “Violencia psicológica por la pareja” de un estudio previo<sup>15</sup>, se consideró una frecuencia de exposición entre los controles de 20% y un OR mínimo de 2. Además, se tomó como nivel de confianza al 95%, una potencia estadística de 80%, y una razón de controles de uno por caso. El cálculo final de tamaño muestral ajustado con la prueba de Fleiss con corrección de continuidad fue de 344 pacientes, divididos en 172 casos y 172 controles.

Diseño Casos y Controles	
<b><math>P_2</math></b> : FRECUENCIA DE EXPOSICIÓN ENTRE LOS CONTROLES	0.2
<b>OR</b> : ODSS RATIO PREVISTO	2
NIVEL DE CONFIANZA	0.95
PODER ESTADÍSTICO	0.8
<b><math>r</math></b> : NÚMERO DE CONTROLES POR CASO	1
NÚMERO DE CASOS EN LA MUESTRA	172
NÚMERO DE CONTROLES EN LA MUESTRA	172
<b><math>n</math></b> : TAMAÑO MUESTRA TOTAL	344

Fuente: Díaz P., Fernández P., “Cálculo del tamaño muestral en estudios casos y controles”, Unidad de Epidemiología Clínica y Bioestadística, Complejo Hospitalario Juan Canalejo, A Coruña, Cad Aten Primaria

#### 4.2.3 Criterios de selección de la muestra

##### Criterios de inclusión

- Puérpera con depresión perinatal según la escala de Edimburgo (casos)
- Puérpera sin depresión perinatal según escala de Edimburgo (controles)
- Puérpera mayor igual de 18 años
- Puérpera que acepta participar en el estudio
- Puérpera hospitalizada en el área no COVID en el INMP

### **Criterios de exclusión**

- Puérpera con impedimento del habla o que se encuentre inestable
- Puérpera con una enfermedad mental previamente diagnosticada.
- Historia clínica incompleta.

#### **4.2.4 Muestreo**

Se realizó un muestreo no probabilístico, por conveniencia.

### **4.3. OPERACIONALIZACION DE VARIABLES**

La tabla de operacionalización de variables se encuentra en el Anexo 09.

### **4.4. TÉCNICAS E INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS**

Los datos fueron recolectados mediante la escala de depresión de Edimburgo para medir la depresión y el cuestionario de factores psicosociales, realizadas a las participantes que cumplieran con los criterios de selección. Asimismo, se utilizó una ficha de recolección de datos, donde se registraron los factores sociodemográficos y obstétricos obtenidos de las historias clínicas.

#### **Escala de depresión de Edimburgo (Ver anexo 11)**

Es una escala que se ha traducido y se ha utilizado en numerosos estudios para identificar a mujeres que podrían estar cursando con depresión tanto en el embarazo como en el posparto.<sup>4</sup> Esta fue validada previamente en Perú, en una población de gestantes, donde se encontró que tenía una consistencia interna adecuada (coeficiente alfa de Cronbach de 0,826), asimismo el coeficiente de correlación de Pearson fue de 0,541 ( $p < 0,001$ ).<sup>46</sup>

Esta escala autoaplicable, consta de 10 ítems y requiere 5 min para ser completada.<sup>4</sup> Cada ítem presenta respuestas de tipo Likert de cuatro opciones, que oscilan entre 0 y 3 puntos dependiendo de la pregunta, con una puntuación máxima de 30 puntos;<sup>45</sup> donde una puntuación de 13 o más indica posible depresión.<sup>45,52</sup> El punto de corte de 13 llega a una sensibilidad del 76,3% y una especificidad del 93,2%.<sup>4</sup>

### **Cuestionario de factores psicosociales. (Ver anexo11)**

Se elaboró un cuestionario con 21 preguntas de tipo dicotómicas (Si-No), que recababa datos sobre los factores psicosociales, la elección de los factores fue establecida intencionalmente basándose en estudios previos. Abordó variables de tipo familiares, conyugales, personales, relacionados a la salud y correspondientes a la pandemia por COVID-19. Posteriormente fue sometido a un proceso de validación de contenido con la participación de tres jueces expertos, bajo el método de coeficiente de validez de contenido (CVC) de Hernández-Nieto<sup>53</sup>, tomando los criterios de: redacción y terminología, claridad conceptual, relevancia y pertinencia de cada pregunta, para poder ser aplicado (Ver anexo12). De igual manera, se realizó una prueba piloto en 20 participantes para determinar la comprensión de los elementos de este.

### **Ficha de recolección de datos (Ver anexo 11)**

Aquí se registraron los factores sociodemográficos y obstétricos obtenidos de las historias clínicas

## **4.5. RECOLECCIÓN DE DATOS**

Se inició el proceso en las salas de puerperio de área no COVID, donde se invitó a la paciente a participar de manera voluntaria en el estudio, iniciando con la lectura del consentimiento, absolución de las preguntas si las hubo y firma del mismo. Una vez brindado el consentimiento, se procedió a realizar la encuesta de factores psicosociales asociados a depresión y la Escala de Depresión de Edimburgo. Concluida la recolección de información, se procedió a agradecer a la paciente por su participación. Posteriormente se procedió a revisar las historias clínicas para registrar factores sociodemográficos y clínico-obstétricos en la ficha de recolección de datos.

## **4.6. TÉCNICA DE PROCESAMIENTO Y ANÁLISIS DE DATOS**

Los datos obtenidos se registraron en una base de datos del programa Microsoft Excel 2019, donde se realizó el control de calidad. La base de datos resultante fue dividida en 172 casos y 172 controles. Para el análisis estadístico se utilizó el programa estadístico IBM SPSS v25.0. Las variables cuantitativas se analizaron a través del cálculo de medidas de tendencia

central, como la media o mediana, y medidas de dispersión, como la desviación estándar o rango intercuartílico, dependiendo de la distribución de la variable. Para las variables cualitativas se construyeron tablas de frecuencias y se calcularon porcentajes. Posteriormente se realizó el análisis bivariado para determinar las asociaciones significativas entre los grupos de categorías, mediante la prueba paramétrica de Chi cuadrado de Pearson. Aquellas variables que demostraron diferencias significativas fueron analizadas mediante la regresión logística, donde se aplicó odds ratio (OR), intervalos de confianza al 95 % y un nivel de significancia estadística de  $p < 0.05$ .

#### **4.7. ASPECTOS ÉTICOS DE LA INVESTIGACIÓN**

El proyecto del presente estudio fue aprobado por la Comité de Ética del Instituto Nacional Materno Perinatal, ubicado en la ciudad de Lima (Expediente N° 20-17551-1). Además, esta investigación se ajusta a los principios de bioética la declaración de Helsinki. Se informó a cada uno de los participantes el objetivo del estudio y se solicitó su consentimiento al inicio de la encuesta, siendo que, si la respuesta era negativa, la encuesta se daba por concluida. No se recolectaron datos que permitieran identificar a los participantes y estos estuvieron libres de retirarse de retirar del estudio cuando ellos lo desearan.

## CAPITULO V: RESULTADOS Y DISCUSIÓN

### 5.1. RESULTADOS

Para determinar los factores asociados a la depresión en puérperas, se tomó una muestra de 344 pacientes que fueron atendidas en el área No COVID de puerperio del Instituto Nacional Materno Perinatal, durante los meses de noviembre y diciembre del 2020, y que se encontraban ente su primer y tercer día del postparto, de las cuales se conformaron en dos grupos: 172 casos y 172 controles siendo clasificadas por medio de la aplicación de la escala de depresión de Edimburgo.

En la población estudiada el promedio de edad de las puérperas del grupo de controles es de  $28,06 \pm 6,24$  y  $27,71 \pm 5,80$  para el grupo de casos. la mayoría se encontraba en un rango de edad de 20 a 34 años (74,4% de los controles y 80,2% de los casos). Respecto al estado civil, 80,2% de los controles y 78,5% de los casos reportaron ser convivientes. La mayoría fue procedente de Lima y Callao (95,3% para ambos grupos).

Por otro lado, la nacionalidad peruana predominó en ambos grupos, con 85.5% para los controles y 92.4% para los casos. El 57% de las puérperas del grupo control y 48,8% del grupo casos pertenecían a un nivel de pobreza Q4 (quintil 4). En cuanto al nivel educativo, la mayoría tenía un nivel secundario (86.6% en los controles y 80.2% en los casos). La ocupación reportada con mayor frecuencia fue el ser ama de casa (83,7% de los controles y 82% de los casos). Solamente las variables nacionalidad y educación mostraron una asociación estadísticamente significativa ( $p < 0.05$ ).



Tabla 1. Características de los factores sociodemográficos de las puérperas atendidas en el Instituto Nacional Materno Perinatal durante la pandemia COVID-19 en el periodo de noviembre a diciembre del año 2020

Factores Sociodemográficos	Depresión				Valor p
	Controles (172)		Casos (172)		
	n	%	n	%	
<b>Edad</b>					0.394
<20 <sup>a</sup>	11	6.40%	7	4.10%	
20 a 34	128	74.40%	138	80.20%	
≥35 <sup>b</sup>	33	19.20%	27	15.70%	
<b>Estado Civil</b>					0.542
Casada	17	9.90%	14	8.10%	
Conviviente	138	80.20%	135	78.50%	
Soltera	17	9.90%	23	13.40%	
<b>Nacionalidad</b>					0.039
Extranjera	25	14.50%	13	7.60%	
Peruana	147	85.50%	159	92.40%	
<b>Procedencia</b>					1.00
Lima y Callao	164	95.30%	164	95.30%	
Provincia	8	4.70%	8	4.70%	
<b>Nivel de pobreza</b>					0.085*
Q2	1	0.60%	9	5.20%	
Q3	14	8.10%	13	7.60%	
Q4	98	57.00%	84	48.80%	
Q5	51	29.70%	58	33.70%	
Otros distritos	8	4.70%	8	4.70%	
<b>Nivel de Educación</b>					0.002*
Ninguna	5	2.90%	0	0.00%	
Primaria	2	1.20%	14	8.10%	
Secundaria	149	86.60%	138	80.20%	
Técnica	11	6.40%	16	9.30%	
Universitaria	5	2.90%	4	2.30%	
<b>Ocupación</b>					0.128
Ama de casa	144	83.70%	141	82.00%	
Estudiante	7	4.10%	6	3.50%	
Empleada	11	6.40%	5	2.90%	
Independiente	10	5.80%	20	11.60%	

Fuente: elaboración propia. valor p obtenido a partir de la prueba Chi cuadrado de independencia y prueba exacta de fisher\*

<sup>a</sup> Embarazo adolescente<sup>54</sup>, <sup>b</sup> Edad materna avanzada<sup>54</sup>

Se procedió a hacer un análisis bivariado, de los factores sociodemográficos en los que se encontró asociación, para ello se reagrupó el nivel de educación en ninguna o primaria y secundaria o superior.

Tabla 2. Análisis bivariado: Factores sociodemográficos asociados a depresión perinatal de las púerperas atendidas en el Instituto Nacional Materno Perinatal durante la pandemia COVID-19 en el periodo de noviembre a diciembre del año 2020

Factores Sociodemográficos	Depresión				Valor p	ORc(IC 95%)
	Controles (172)		Casos (172)			
	n	%	n	%		
<b>Nacionalidad</b>					0.042	
Extranjera	25	14.50%	13	7.60%		0.48 (0.24 - 0.98)
Peruana	147	85.50%	159	92.40%		Ref.
<b>Educación</b>					0.122	
Ninguna/ primaria	7	4.10%	14	8.10%		2.09 (0.82- 5.31)
Secundaria/ superior	165	95.90%	158	91.90%		Ref.

Fuente: elaboración propia. Valor p obtenido a partir de la prueba Chi cuadrado de independencia ORc: Odds ratio cruda; IC95%: Intervalo de confianza al 95%

Al hacer el análisis bivariado de los factores sociodemográficos (Tabla 2) , encontramos que ser de nacionalidad extranjera resultó ser un factor protector de la presencia de depresión perinatal, ya que se obtuvo un OR de 0.48 (IC95%: 0.24 - 0.98), y una asociación significativa (p=0.042).

En relación con los factores obstétricos (Tabla 3), en promedio el número de partos fue de  $1,92 \pm 1,07$  para los controles y de  $1,97 \pm 1,08$  para los casos; la mayoría de las encuestadas reportó ser una mujer multípara (54,7% de los controles y 58,1% de los casos). El promedio del número de abortos previos fue de  $0,36 \pm 0,59$  para los controles y  $0,45 \pm 0,67$  para los casos; la mayor cantidad de madres no tuvo antecedentes de aborto, con 68.60% (n=118) para los controles y 64.00% (n=110) para los casos. El promedio de controles prenatales fue de  $3,99 \pm 2,52$  en los controles y  $3,78 \pm 2,54$  en los casos; un número adecuado de controles se considera mayor e igual a 6, y según eso la mayoría de las púerperas no tuvo un número de controles adecuados, tanto en los controles (71.50%), como en los casos (71.50%). En

cuanto a las complicaciones, la mayoría no presentó complicaciones en ambos grupos (80,2% de los controles y 71,5% de los casos). Ninguna variable obstétrica se mostró asociación significativa con la depresión perinatal( $p>0.05$ ).

Tabla 3. Características de los factores obstétricos asociados a la depresión perinatal en las púerperas atendidas en el Instituto Nacional Materno Perinatal durante los meses de noviembre y diciembre del 2020.

Factores obstétricos	Depresión				Valor p
	Controles (172)		Casos (172)		
	n	%	N	%	
<b>Paridad</b>					0.514
Múltipara	94	54.70%	100	58.10%	
Primípara	78	45.30%	72	41.90%	
<b>Antecedente de aborto</b>					0.362
No	118	68.60%	110	64.00%	
Si	54	31.40%	62	36.00%	
<b>Número adecuado de controles</b>					0.914
No	123	71.50%	123	71.50%	
Si	49	28.50%	49	28.50%	
<b>Complicaciones durante la gestación<sup>c</sup></b>					0.059
No	138	80.20%	123	71.50%	
Si	34	19.80%	49	28.50%	

Fuente: elaboración propia. valor p obtenido a partir de la prueba Chi cuadrado de independencia

<sup>c</sup> Anemia, infección urinaria, diabetes gestacional, preclamsia, otros

Dentro de los factores psicosociales, estos se subdividieron en 5: factores familiares, factores conyugales, factores personales, factores relacionados a la salud, y factores relacionados a la pandemia COVID-19.

Al evaluar los factores familiares (Tabla 4), podemos observar que las púerperas que procedían de una familia de tipo monoparental muestran un ORc de 5.56 (IC 95%: 3.22 - 9.61), es decir que tienen cinco veces el riesgo de presentar depresión perinatal, en comparación con las que provienen de una familia nuclear. Por otro lado, el tener antecedentes de violencia de tipo psicológica (ORc=8.00; IC 95%: 4.21 -15.21;  $p<0.001$ ) o

física (ORc=2.95; IC 95%: 1.60 - 5.42; p<0.001) durante la niñez y/o adolescencia por algún familiar, muestra una asociación significativa para adquirir depresión perinatal.

Tabla 4. Características y análisis bivariado de los factores familiares asociados a la depresión perinatal en las puérperas atendidas en el Instituto Nacional Materno Perinatal durante los meses de noviembre y diciembre del 2020.

Factores familiares	Depresión perinatal				Valor p	ORc (IC 95%)
	Controles (172)		Casos (172)			
	n	%	n	%		
<b>Tipo de familia</b>					<0,001	
Nuclear	151	87,8%	97	56,4%		Ref.
Monoparental	21	12,2%	75	43,6%		5,56 (3,22 – 9,61)
<b>Apoyo familiar durante el embarazo</b>					0,007	
Si	162	94,2%	147	85,5%		Ref.
No	10	5,8%	25	14,5%		2,76 (1,28 – 5,93)
<b>Violencia psicológica durante la niñez y/o adolescencia por algún familiar</b>					<0,001	
Si	13	7,6%	68	39,5%		8,00 (4,21 – 15,21)
No	159	92,4%	104	60,5%		Ref.
<b>Violencia física durante la niñez y/o adolescencia por algún familiar</b>					<0,001	
Si	17	9,9%	42	24,4%		2,95 (1,60 – 5,42)
No	155	90,1%	130	75,6%		Ref.

Fuente: elaboración propia. Valor p obtenido a partir de la prueba Chi cuadrado de independencia ORc: Odds ratio cruda; IC95%: Intervalo de confianza al 95%

Respecto a los factores conyugales (Tabla 5), las puérperas que tenían una relación regular o mala con la pareja mostraron más riesgo de presentar depresión, que aquellas que tenían una buena relación (ORc: 9,24; IC 95%: 4,87 – 17,53;  $p < 0,001$ ). De igual manera, las que no recibían el apoyo económico por parte de la pareja, tenían más riesgo de padecerla, comparada con las que sí lo recibían (ORc: 4,30; IC 95%: 1,99 - 9,30;  $p < 0,001$ ). Además, el haber sufrido tanto de violencia psicológica (ORc: 8,74; IC95%: 4,16 – 18,38;  $p < 0,001$ ), como física (ORc: 3,64; IC95%: 1,42 – 9,31;  $p = 0,004$ ) por parte de la pareja mostraron ser factores de riesgo significativos para el padecimiento de depresión perinatal

Tabla 5. Características y análisis bivariado de los factores conyugales asociados a la depresión perinatal en las puérperas atendidas en el Instituto Nacional Materno Perinatal durante los meses de noviembre y diciembre del 2020.

Factores conyugales	Depresión perinatal				Valor p	ORc (IC 95%)
	Controles (172)		Casos (172)			
	n	%	n	%		
<b>Relación con la pareja</b>					< 0,001	
Buena	159	92,4%	98	57,0%		Ref.
Regular / mala	13	2,3%	74	10,5%		9,24 (4,87 – 17,53)
<b>Apoyo económico por la pareja</b>					0,001	Ref.
Si	163	94,8%	139	80,8%		4,30 (1,99 – 9,30)
No	9	5,2%	33	19,2%		
<b>Violencia psicológica por la pareja</b>					< 0,001	
Si	9	5,2%	56	32,6%		8,74 (4,16 – 18,38)
No	163	94,8%	116	67,4%		Ref.
<b>Violencia física por la pareja</b>					0,004	
Si	6	3,5%	20	11,6%		3,64 (1,42 – 9,31)
No	166	96,5%	152	88,4%		Ref.

Fuente: elaboración propia. Valor p obtenido a partir de la prueba Chi cuadrado de independencia ORc: Odds ratio cruda; IC95%: Intervalo de confianza al 95%

De la tabla 6, referente a los factores personales se observa que las puérperas que refirieron que su embarazo no fue deseado fueron más de la mitad en los casos con un 55.8%, mientras que en los controles llegaron a un 30%, lo que se evidenció con un ORc de 2.92 (IC 95%: 1.87- 4.54), indicando que las puérperas que no habían deseado quedar embarazadas tienen dos veces más riesgo de sufrir depresión perinatal en comparación con las que si lo deseaban. ( $p < 0.001$ ). El embarazo consentido fue una variable que buscó evidenciar violencia de tipo sexual, basándose en que, si el embarazo fue resultado de una relación sexual con su consentimiento o permiso, en esta variable no se encontró asociación ( $p = 0.474$ )

Tabla 6. Características y análisis bivariado de los factores personales asociados a la depresión perinatal en las puérperas atendidas en el Instituto Nacional Materno Perinatal durante los meses de noviembre y diciembre del 2020.

Factores personales	Depresión perinatal				Valor p	ORc (IC95%)
	Controles (172)		Casos (172)			
	n	%	n	%		
<b>Embarazo deseado</b>					<0,001	
Si	120	69.80%	76	44.20%		Ref.
No	52	30.20%	96	55.80%		2.92 (1.87 - 4.54)
<b>Embarazo consentido</b>					0.723*	
Si	167	97.10%	169	98.30%		Ref.
No	5	2.90%	3	1.70%		0.59 (0.14 - 2.52)

Fuente: elaboración propia. Valor p obtenido a partir de la prueba Chi cuadrado de independencia y prueba exacta de Fisher\*. ORc: Odds ratio cruda; IC95%: Intervalo de confianza al 95%

En siguiente tabla, con respecto a los factores relacionados a la salud, se muestra que el consumo alcohol durante embarazo se presentó como un factor asociado significativamente ( $p = 0.005$ ), Existiendo tres veces más posibilidades de padecer depresión si se consume

alcohol durante la gestación. (ORc= 3.9, IC 95%:1.42 - 10.77). El consumo de tabaco y el consumo de drogas no mostraron asociación estadísticamente significativa

Tabla 7. Características y análisis bivariado de los factores de salud asociados a la depresión perinatal en las puérperas atendidas en el Instituto Nacional Materno Perinatal durante los meses de noviembre y diciembre del 2020.

Factores relacionados a la salud	Depresión perinatal				Valor p	ORc (IC95%)
	Controles (172)		Casos (172)			
	n	%	n	%		
<b>Consumo de alcohol durante la gestación</b>					0,005	
No	167	9,1%	154	89,5%		Ref.
Si	5	2,9%	18	10,5%		3,9 (1,42 – 10,77)
<b>Consumo de tabaco durante la gestación</b>					0,499*	
No	172	100,0%	170	98,8%		--
Si	0	0,0%	2	1,2%		--
<b>Consumo de drogas durante la gestación</b>					0,248*	
No	172	100,0%	169	98,3%		--
Si	0	0,0%	3	1,7%		--

Fuente: elaboración propia. Valor p obtenido a partir de la prueba Chi cuadrado de independencia y prueba exacta de fisher\*. ORc: Odds ratio cruda; IC95%: Intervalo de confianza al 95%

Concerniente al grupo de factores correspondientes a la pandemia por COVID-19 (Tabla 8), el único factor asociado fue el haber sido infectada por COVID-19 durante la gestación (p=0.039); es decir, hallamos que el haberse infectado por COVID-19 en algún momento de su gestación incrementa dos veces el riesgo de presentar depresión, comparado con las mujeres que no se infectaron (OR: 2.08, IC 95%:1.03 - 4.22).

Tabla 8. Características y análisis bivariado de los factores correspondientes a la pandemia por COVID-19 asociados a la depresión perinatal en las púerperas atendidas en el Instituto Nacional Materno Perinatal durante los meses de noviembre y diciembre del 2020.

Factores correspondientes a la pandemia por COVID-19	Depresión perinatal				Valor p	ORc (IC95%)
	Controles (172)		Casos (172)			
	n	%	n	%		
<b>Infección por COVID- 19 durante la gestación</b>					0,039	
No	159	92,4%	147	85,5%		Ref.
Si	13	7,6%	25	14,5%		2,08 (1,03 – 4,22)
<b>Infección de un ser querido por COVID- 19</b>					0.066	
No	99	57.6%	82	47.7%		Ref.
Si	73	42.4%	90	52.3%		1,49 (0,97 – 2,28)
<b>Fallecimiento de un ser querido por COVID- 19</b>					0.112	
No	133	77.3%	120	69.8%		Ref.
Si	39	22.7%	52	30.2%		1,48 (0,91 – 2,40)
<b>Afectación económica por la pandemia</b>					0.693	
No	15	8.7%	13	7.6%		Ref.
Si	157	91.3%	159	92.4%		1,17 (0,54 – 2,54)
<b>Limitación de controles prenatales por la pandemia</b>					0.534	
No	26	15.1%	22	12.8%		Ref.
Si	146	84.9%	150	87.2%		1,21 (0,66 – 2,24)



Fuente: elaboración propia. Valor p obtenido a partir de la prueba Chi cuadrado de independencia ORc: Odds ratio cruda; IC95%: Intervalo de confianza al 95%

A fin de explicar mejor el problema de los factores asociados, hallados previamente por análisis bivariado, se realiza el modelo multivariado de factores con la técnica de Regresión Logística Binaria (realizado en el programa SPSS), ingresando todos los factores que muestran asociación significativa para la depresión perinatal.

La tabla 9, muestra el resultado de la interacción grupal de todas las variables ingresadas inicialmente, extrayendo al final como factores predictores que explican mejor el problema de la depresión perinatal, a los factores psicosociales.

Detallamos las asociaciones encontradas dentro de cada subgrupo:

**Factores familiares:** Dentro de los factores familiares el haber sufrido violencia psicológica durante la niñez y/o adolescencia por parte algún familiar, es el factor que más se asocia a la depresión perinatal, (OR ajustado=8.89; IC95% 3.20 – 24.65;  $p<0.001$ ), es decir que tener un antecedente de haber sufrido de violencia psicológica durante la niñez y/o adolescencia por algún familiar incrementa ocho veces la probabilidad de padecer de depresión perinatal, así como provenir de una familia de tipo monoparental ( $p<0.001$ , OR ajustado=3.76, IC95% 1.97 - 7.19) incrementa tres veces esta probabilidad.

**Factores conyugales:** El tener una relación regular o mala con la pareja incrementa dos veces más la probabilidad de presentar depresión perinatal, en comparación con aquellas que tienen una buena relación con la pareja (OR ajustado=3.13; IC95% 1.33 – 7.33;  $p=0.009$ ).

**Factores personales:** Tener un embarazo no deseado incrementó dos veces el riesgo de sufrir depresión perinatal, en contraste con las que si deseaban quedar embarazadas (OR ajustado=2.09; IC95% 1.21 – 3.60;  $p=0.008$ ).

**Factores asociados a COVID-19:** Se evidenció que las puérperas que habían cursado con infección por COVID-19 durante la gestación, presentaron dos veces más riesgo de tener

depresión perinatal, en comparación con aquellas que no se infectaron (OR ajustado=2.96; IC95% 1.28 – 6.82; p=0.011).

Tabla 9: Análisis multivariado: Factores asociados a depresión perinatal en puérperas atendidas en el Instituto Nacional Materno Perinatal durante la pandemia COVID-19 en el periodo de noviembre a diciembre del año 2020.

<b>Factores</b>	<b>ORa (IC95 %)</b>	<b>Valor p</b>
<b>Tipo de Familia</b>		< 0,001
Nuclear	Ref.	
Monoparental	3,76 (1,97 – 7,19)	
<b>Violencia psicológica durante la niñez y/o adolescencia por algún familiar</b>		< 0,001
No	Ref.	
Si	8,89 (3,20 – 24,65)	
<b>Embarazo deseado</b>		
Si	Ref.	0,008
No	2,09 (1,21 – 3,60)	
<b>Relación de Pareja</b>		
Buena	Ref.	0,009
Regular/ mala	3,13 (1,33 – 7,33)	
<b>Infección por COVID-19 durante la gestación</b>		
No	Ref.	0,011
Si	2,96 (1,28 – 6,82)	

Fuente: elaboración propia. Valor p obtenido a partir de la prueba Chi cuadrado de independencia. la regresión logística binaria. ORa: Odds ratio ajustada Intervalo de confianza al 95%

## 5.2. DISCUSIÓN DE RESULTADOS

El propósito de este trabajo fue determinar cuales son los factores asociados a la depresión perinatal en puérperas del Instituto Nacional Materno Perinatal durante la pandemia COVID-19 en el periodo de noviembre a diciembre del año 2020, para lo cual se evaluaron factores sociodemográficos, obstétricos y psicosociales. Se encontró que, los factores sociodemográficos y obstétricos evaluados no tuvieron asociación con la depresión perinatal. Estos hallazgos difieren de otros estudios, donde el estado civil,<sup>56</sup> la edad,<sup>57</sup> un nivel de educación<sup>56</sup> y socioeconómico<sup>58</sup> bajos, así como antecedentes de aborto<sup>59</sup> y el ser primiparas<sup>60</sup>, tuvieron una asociación significativa. No obstante, un estudio realizado en Suecia durante el brote de covid-19 reveló que una edad más joven y un nivel educativo más alto fueron protectores de depresión perinatal, lo que sugiere un papel importante de los factores socioeconómicos durante la pandemia.<sup>61</sup> Sorprendentemente ser de nacionalidad extranjera fue un factor protector, ya que pertenecer a un grupo minoritario podría ser un factor de riesgo de depresión perinatal debido al mayor nivel de estrés a causa de la discriminación.<sup>3</sup>

Por otro lado, varios de los factores psicosociales, si tuvieron una asociación significativa, y en particular, los factores familiares y conyugales. En nuestro estudio encontramos que el haber sufrido violencia psicológica durante la niñez o adolescencia por parte de algún familiar representa un riesgo significativo para presentar depresión perinatal ( $p < 0,001$ ), teniendo ocho veces más riesgo de desarrollarla, un riesgo mucho mayor del que se encontró en un estudio realizado en mujeres mexicanas, por Lara et al. (OR: 1,92; IC95%:1,01-3,65;  $p \leq 0,05$ )<sup>62</sup>. Por su parte la violencia física también en etapas tempranas, se encontró significativamente asociada, y representó dos veces más riesgo de padecerla, esto concuerda con el estudio de Plant et al. donde las madres que sufrieron malos tratos en la niñez fueron más propensas a estar deprimidas durante el embarazo (OR= 10,00; IC95%: 3,57-28,01;  $p < 0,001$ ).<sup>63</sup> El maltrato infantil, entonces es un factor severamente estresante, y que incluye

todas las formas de maltrato: físico, sexual y psicológico, representando un daño para la salud física y mental, tanto en la niñez como en la vida adulta;<sup>64</sup> además, en las mujeres se ha relacionado con un mayor riesgo de exposición a la violencia de pareja en la etapa adulta,<sup>65</sup> y a consecuencias intergeneracionales, es decir, las experiencias maternas de maltrato infantil también están asociadas con la exposición de los hijos al maltrato por parte de sus madres.<sup>64</sup>

Así también, provenir de una familia de tipo monoparental, aquella que está compuesta por un solo progenitor y uno o varios hijos, es un factor importante que predispone cinco veces más riesgo de desarrollar depresión perinatal, en comparación con provenir de una familia nuclear (OR= 5,56; IC95% 3,22 – 9,61), los resultados de nuestro estudio fueron distintos al de Paccori y Mercado donde el provenir de una familia de tipo monoparental no tuvo una asociación significativa ( $p > 0,05$ ).<sup>13</sup> Sin embargo, a nuestra consideración, indagar sobre el tipo de familia del que se proviene puede llegar a ser de gran relevancia, debido a que está demostrado que el apoyo emocional de ambos padres en la infancia juega un papel clave en el desarrollo psicológico individual tanto en la niñez, como en la edad adulta,<sup>66</sup> así lo evidencia el estudio Jeong et. al. donde se reportó que la experiencia pasada de apoyo emocional insuficiente de la madre durante la niñez (OR = 1.52; IC del 95%: 1.32-1.74;  $p < 0,001$ ), influyó significativamente en la depresión durante el embarazo.<sup>67</sup>

En el análisis se encontró que una relación regular o mala con la pareja estaba fuertemente asociado a la depresión perinatal ( $p < 0.001$ ), un dato similar fue encontrado en el estudio de Hu et. al. en el cual tener una mala relación conyugal fue un factor de riesgo de depresión en el tercer trimestre de gestación (OR = 4,62; IC del 95%: 2,83–7.56;  $p < 0.05$ ),<sup>68</sup> de la misma manera, en el estudio de Redinger et al. se reportó que más de un tercio (37%) de las gestantes que informaron sentir que sus parejas les dificultaban la vida, tenían dos veces más probabilidades de sufrir depresión (OR=3,33; IC 95%: 2,28–4,85;  $p < 0,001$ );<sup>69</sup> por lo tanto, se podría afirmar que una relación problemática con la pareja representa un estrés adicional, lo que reduce la posibilidad de que la mujer maneje adecuadamente el embarazo y pueda desarrollar síntomas depresivos.<sup>70</sup>

Además, las participantes que refirieron haber sufrido violencia psicológica por parte de su

pareja, tenían ocho veces más riesgo de padecer depresión perinatal, y las que sufrían violencia física tres veces más riesgo de padecerla. La violencia conyugal, es definida en muchos estudios como violencia de pareja íntima (VPI) y según La Organización Mundial de la Salud (OMS) se define como: "*Cualquier comportamiento dentro de una relación íntima que cause daño físico, sexual o psicológico, incluidos actos de agresión física, coacción sexual, abuso psicológico y conductas controladoras*",<sup>71</sup> nuestros hallazgos son respaldados por el estudio de Rees et al. donde en relación con la VPI, la categoría de violencia física y abuso psicológico severo, se asociaron con una prevalencia notablemente alta de síntomas de depresivos,<sup>72</sup> evidenciando así, que si bien la violencia psicológica no deja signos visibles como la violencia física, es tan perjudicial para la salud mental de las mujeres como otras formas de violencia; tal como lo expresa Moraes et al. en su estudio, donde las participantes que sufrieron violencia psicológica tuvieron cinco veces el riesgo de sufrir síntomas depresivos (OR = 5,821; IC 95% : 2,94 - 11,53);<sup>73</sup> No obstante, medidas como el confinamiento pueden limitar el distanciamiento de las madres de sus abusadores o poder acceder a apoyo externo<sup>21</sup>

Por otro lado, las mujeres que no recibían apoyo económico por la pareja tuvieron mayor riesgo de sufrir depresión perinatal, como también se refleja en el estudio de Biratu y Haile, donde las mujeres embarazadas que experimentaron falta de apoyo del padre del bebé tenían un 89% más de probabilidades de tener depresión prenatal en comparación con las mujeres que lo recibieron (OR = 1,89; IC del 95%: 1,06–3,36);<sup>74</sup> de la misma manera, el no contar con apoyo familiar durante el embarazo también fue un factor de riesgo para depresión perinatal; además, en el un estudio australiano, realizado durante la pandemia, el apoyo social de familiares resultó ser un factor protector de síntomas depresivos en el rango elevado. (OR = 0,79; IC 95% : 0,66 – 0,94),<sup>75</sup> por lo que un buen apoyo instrumental y emocional, proporcionado por la pareja y la familia es fundamental para el bienestar mental de una madre.<sup>3</sup> particularmente en situaciones de emergencia.

En cuanto a los factores personales, el embarazo no deseado se asoció a la depresión perinatal (p=0.008), nuestros datos encontrados se apoyan con los estudios de Hu et al. realizado en China, donde las mujeres con embarazos no deseados tenían un mayor riesgo de depresión

perinatal (OR = 1,35, IC del 95%: 1,07- 1,71; p <0,05);<sup>76</sup> el estudio de Surkan et al. en Bangladesh, en el cual las madres que informaron un embarazo inoportuno o no deseado tenían un mayor riesgo de síntomas depresivos prenatales (RR adj. = 1,60; IC del 95%: 1,37–1,87) que las madres con embarazos deseados;<sup>77</sup> y en el estudio de Pariona Gutierrez et al. realizado en nuestro país, en el que se encontró que el embarazo no deseado resultó ser un factor de riesgo para desarrollar depresión perinatal, incrementando dos veces más el riesgo en comparación con las que las mujeres que si desearon quedar embarazadas (OR=2,81; IC95%: 1,08–7.54),<sup>78</sup> esto se podría explicar por poca preparación que tendrían las madres para afrontar los cambios fisiológicos y psicológicos propios del embarazo, que contribuiría a la depresión perinatal. Además se ha visto que las tasas de embarazos no deseados son más altas entre las mujeres de nivel socioeconómico bajo, y la evidencia internacional ha demostrado que el embarazo no deseado no solo representa un riesgo para presentar depresión perinatal, sino que se asocian con conductas perjudiciales para la salud materna y la del feto, como el consumo inconsistente de ácido fólico, el tabaquismo ,la ingesta de alcohol y con a acudir tarde a la atención prenatal.<sup>79</sup>

En lo concerniente a los factores relacionados a la salud, se encontró que el consumo de alcohol durante el embarazo sí es un factor de riesgo de depresión perinatal, (p=0.009), al igual que en el estudio de Silva et al.<sup>80</sup> (RP: 1,35; IC95% :1,05-1,75; p=0.021 ); Se estima que el consumo de alcohol durante este período, podría estar relacionado con la manifestación de sentimientos de culpa o temor de que el niño tenga alguna malformación, síntomas propios de la depresión;<sup>81</sup> sin dejar de lado que su práctica pone en riesgo la vida del feto y la de la embarazada.

Por último, las consecuencias de una pandemia como la COVID-19 trae consigo una serie de eventos adversos que son percibidos por las madres, y que podrían jugar un papel importante en la aparición de la depresión perinatal, esto se confirma en nuestro estudio, donde hallamos que las mujeres que habían sido Infectadas por COVID-19 durante la gestación presentaron dos veces más riesgo de tener depresión perinatal, en comparación con aquellas que no se infectaron (OR ajustado=2,96; IC95% 1,28 – 6,82); este resultado guarda relación con lo encontrado en el estudio de Shakeel et al. donde el haber pasado por eventos estresantes de

la vida como: enfermedad o lesión grave de uno mismo, o de un familiar cercano, muerte de un familiar cercano, divorcio o separación de una relación a largo plazo, desempleo, problemas financieros graves, etc. se encontró asociado significativamente a la depresión perinatal ( $p < 0.001$ ),<sup>82</sup> además, las participantes que tenían mayor cantidad de eventos estresantes, presentaban un riesgo mayor de padecer depresión; y también con en el estudio De Jesús Silva et al. en el cual haber presentado un evento llamativo de la vida en los últimos doce meses demostró una asociación significativa con la depresión durante el embarazo ( $p = 0.006$ ).<sup>35</sup> por lo que nuestro estudio expande el conocimiento en salud mental materna durante la pandemia. Esto nos sugiere que una gestante que ha sido contagiada por COVID-19 podría padecer de depresión, aunque futuros estudios deberán confirmar esta hipótesis

En el análisis multivariado, los factores que se mantuvieron asociados fueron el proceder de una familia monoparental, el haber sufrido de violencia psicológica durante la niñez y/o adolescencia por algún familiar, una relación regular o mala con la pareja, el embarazo no deseado, y el haber tenido una infección previa por COVID-19 durante la gestación.

Los hallazgos de este estudio deben interpretarse en vista de algunas limitaciones. En primer lugar, el diagnóstico la depresión perinatal se basó en una escala de autoinforme, como la escala de depresión de Edimburgo, y no se realizó una evaluación clínica adicional. En segundo lugar, los factores psicosociales se registraron utilizando un cuestionario con preguntas retrospectivas, por lo que pudo haber sesgos al momento de recordar. Por último, la depresión es una enfermedad multifactorial, por lo cual puede haber muchos otros factores asociados, o confusores, los cuales no se ha descrito en el presente estudio.

## **CAPITULO VI: CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES**

### **6.1. CONCLUSIONES**

Se concluye que los factores psicosociales contribuyen a la aparición de la depresión perinatal. Además, la mayor cantidad de factores que aparecen asociados de manera independiente a la posibilidad de presentar depresión perinatal, son de tipo familiar y conyugales; por lo tanto, las interacciones que ocurren en dichos ámbitos al parecer tendrían mayor repercusión en la psicopatología de la mujer, en especial en períodos de mayor sensibilidad como el embarazo y el puerperio.

Dentro de los factores personales, el embarazo no deseado, y dentro de los factores relacionados a la salud, el consumo de alcohol durante la gestación, se encontraron significativamente asociados al padecimiento de la depresión perinatal.

Respecto a los factores correspondientes a la pandemia por COVID-19, las mujeres que manifestaron haber tenido una infección previa por COVID-19 durante la gestación tuvieron mayor riesgo de padecer depresión perinatal. Esta asociación requiere más investigación, con estudios similares para poder contrastar resultados.

No se encontraron factores sociodemográficos u obstétricos relacionados al padecimiento de depresión perinatal en las puérperas del Instituto Nacional Materno Perinatal durante la pandemia COVID-19, en el periodo de noviembre a diciembre de 2020.

Nuestros resultados llaman a la necesidad de estudiar más a fondo otros posibles factores asociados y evaluar otros posibles resultados.

La Escala de depresión de Edimburgo se recomienda tanto en la práctica como en la investigación, considerándose una prueba de detección rápida y precisa para la depresión perinatal con una puntuación de corte de 13.



## **6.2. RECOMENDACIONES**

Dado que la investigación ha establecido que los factores psicosociales están asociados a la depresión perinatal, se requiere ir más allá de una identificación de la enfermedad mental basada en los síntomas, hacia un procedimiento de detección que tenga en cuenta la importancia de los determinantes psicosociales en el desarrollo de esta, así tener en claro una población objetivo para las intervenciones, es decir un enfoque biopsicosocial multidimensional para identificar y evaluar la depresión perinatal.

Se debe promover el apoyo emocional de la pareja, y de la familia ya que este trabajo ha demostrado que el entorno cercano influye significativamente en la salud mental, así como informarles sobre las consecuencias funestas de la depresión perinatal.

Se requiere capacitar al personal de salud desde la atención primaria, sobre la administración regular de herramientas de detección para la depresión perinatal, como la escala de depresión de Edimburgo, así como el uso adecuado de estos.

Es necesario que se realicen más estudios sobre los factores que influyen en la depresión perinatal, que puedan arrojar resultados más cercanos a la realidad de la población peruana, y en particular bajo el contexto de la pandemia COVID-19.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Galea LAM, Frokjaer VG. Perinatal Depression: Embracing Variability toward Better Treatment and Outcomes. *Neuron*. 03 de 2019;102(1):13-6.
2. WHO | Maternal mental health [Internet]. WHO. World Health Organization; [citado 3 de octubre de 2020]. Disponible en: [https://www.who.int/mental\\_health/maternal-child/maternal\\_mental\\_health/en/](https://www.who.int/mental_health/maternal-child/maternal_mental_health/en/)
3. Biaggi A, Conroy S, Pawlby S, Pariante CM. Identifying the women at risk of antenatal anxiety and depression: A systematic review. *J Affect Disord*. febrero de 2016;191:62-77.
4. Gaviria SL, Duque M, Vergel J, Restrepo D. Síntomas depresivos perinatales: prevalencia y factores psicosociales asociados. *Revista Colombiana de Psiquiatría*. 1 de julio de 2019;48(3):166-73.
5. Luna Matos ML, Salinas Piélago J, Luna Figueroa A. Depresión mayor en embarazadas atendidas en el Instituto Nacional Materno Perinatal de Lima, Perú. *Rev Panam Salud Publica*. octubre de 2009;26:310-4.
6. Candia Y, Rosario C del. Factores asociados a depresión posparto en púerperas del servicio de obstetricia del Hospital Nacional Arzobispo Loayza. Repositorio de Tesis - UNMSM [Internet]. 2017 [citado 8 de noviembre de 2020]; Disponible en: <https://cybertesis.unmsm.edu.pe/handle/20.500.12672/5990>
7. Adler L, Tsamir J, Katz R, Koren G, Yehoshua I. Associations of sociodemographic and clinical factors with perinatal depression among Israeli women: a cross-sectional study. *BMC Psychiatry*. 1 de noviembre de 2019;19(1):331.
8. Alqahtani AH, Al Khedair K, Al-Jeheiman R, Al-Turki HA, Al Qahtani NH. Anxiety and depression during pregnancy in women attending clinics in a University Hospital in Eastern province of Saudi Arabia: prevalence and associated factors. *Int J Womens Health*. 23 de febrero de 2018;10:101-8.
9. Biaggi A, Conroy S, Pawlby S, Pariante CM. Identifying the women at risk of antenatal anxiety and depression: A systematic review. *Journal of Affective Disorders*. 1 de febrero de 2016;191:62-77.
10. Dunkel Schetter C, Tanner L. Anxiety, depression and stress in pregnancy: implications for mothers, children, research, and practice. *Curr Opin Psychiatry*. marzo de 2012;25(2):141-8.
11. Kajdy A, Feduniw S, Ajdacka U, Modzelewski J, Baranowska B, Sys D, et al. Risk factors for anxiety and depression among pregnant women during the COVID-19

pandemic: A web-based cross-sectional survey. *Medicine*. 24 de julio de 2020;99(30):e21279.

12. 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*. octubre de 2016;3(10):973-82.
13. Gelaye B, Rondon MB, Araya R, Williams MA. Epidemiology of maternal depression, risk factors, and child outcomes in low-income and middle-income countries. *Lancet Psychiatry*. octubre de 2016;3(10):973-82.
14. Witt WP, Wisk LE, Cheng ER, Hampton JM, Creswell P, Hagen EW, et al. Poor Pre-Pregnancy and Antepartum Mental Health Predicts Postpartum Mental Health Problems among US Women: A Nationally Representative Population-Based Study. *Womens Health Issues*. 2011;21(4):304-13.
15. Paccori Yanac LV, Mercado Huachupoma YD. Factores asociados a la depresión en gestantes del Instituto Nacional Materno Perinatal. Universidad Nacional Mayor de San Marcos [Internet]. 2012 [citado 28 de septiembre de 2020]; Disponible en: <https://cybertesis.unmsm.edu.pe/handle/20.500.12672/2977>
16. Gutierrez P, Sofia E. Factores psicosociales asociados a la depresión en gestantes del Centro Materno Infantil Villa María del Triunfo, 2018. Universidad Nacional Mayor de San Marcos [Internet]. 2019 [citado 28 de septiembre de 2020]; Disponible en: <https://cybertesis.unmsm.edu.pe/handle/20.500.12672/10363>
17. Patiño C, Asunción C. Factores socioeconómicos y obstétricos asociados a depresión en gestantes adolescentes atendidas en el Hospital Regional Honorio Delgado 2014. Universidad Nacional de San Agustín de Arequipa [Internet]. 2014 [citado 28 de septiembre de 2020]; Disponible en: <http://repositorio.unsa.edu.pe/handle/UNSA/4289>
18. Thapa SB, Mainali A, Schwank SE, Acharya G. Maternal mental health in the time of the COVID-19 pandemic. *Acta Obstet Gynecol Scand*. 2020;99(7):817-8.
19. Farrell T, Reagu S, Mohan S, Elmidany R, Qaddoura F, Ahmed EE, et al. The impact of the COVID-19 pandemic on the perinatal mental health of women. *Journal of Perinatal Medicine*. 26 de noviembre de 2020;48(9):971-6.
20. Shidhaye R, Madhivanan P, Shidhaye P, Krupp K. An Integrated Approach to Improve Maternal Mental Health and Well-Being During the COVID-19 Crisis. *Front Psychiatry* [Internet]. 24 de noviembre de 2020 [citado 27 de enero de 2021];11. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7732456/>
21. Shidhaye R, Madhivanan P, Shidhaye P, Krupp K. An Integrated Approach to Improve Maternal Mental Health and Well-Being During the COVID-19 Crisis. *Front Psychiatry* [Internet]. 24 de noviembre de 2020 [citado 29 de enero de 2021];11. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7732456/>

22. Kajdy A, Feduniw S, Ajdacka U, Modzelewski J, Baranowska B, Sys D, et al. Risk factors for anxiety and depression among pregnant women during the COVID-19 pandemic: A web-based cross-sectional survey. *Medicine (Baltimore)*. 24 de julio de 2020;99(30):e21279.
23. Wu Y, Zhang C, Liu H, Duan C, Li C, Fan J, et al. Perinatal depressive and anxiety symptoms of pregnant women during the coronavirus disease 2019 outbreak in China. *Am J Obstet Gynecol*. agosto de 2020;223(2):240.e1-240.e9.
24. Berthelot N, Lemieux R, Garon-Bissonnette J, Drouin-Maziade C, Martel É, Maziade M. Uptrend in distress and psychiatric symptomatology in pregnant women during the coronavirus disease 2019 pandemic. *Acta Obstet Gynecol Scand*. 2020;99(7):848-55.
25. Effati-Daryani F, Zarei S, Mohammadi A, Hemmati E, Ghasemi Yngyknd S, Mirghafourvand M. Depression, stress, anxiety and their predictors in Iranian pregnant women during the outbreak of COVID-19. *BMC Psychol*. 22 de septiembre de 2020;8(1):99.
26. Durankuş F, Aksu E. Effects of the COVID-19 pandemic on anxiety and depressive symptoms in pregnant women: a preliminary study. *The Journal of Maternal-Fetal & Neonatal Medicine*. 18 de mayo de 2020;0(0):1-7.
27. Milne SJ, Corbett GA, Hehir MP, Lindow SW, Mohan S, Reagu S, et al. Effects of isolation on mood and relationships in pregnant women during the covid-19 pandemic. *European Journal of Obstetrics and Gynecology and Reproductive Biology*. 1 de septiembre de 2020;252:610-1.
28. Giardinelli L, Innocenti A, Benni L, Stefanini MC, Lino G, Lunardi C, et al. Depression and anxiety in perinatal period: prevalence and risk factors in an Italian sample. *Arch Womens Ment Health*. 1 de febrero de 2012;15(1):21-30.
29. Waqas A, Raza N, Lodhi HW, Muhammad Z, Jamal M, Rehman A. Psychosocial Factors of Antenatal Anxiety and Depression in Pakistan: Is Social Support a Mediator? *PLOS ONE*. 28 de enero de 2015;10(1):e0116510.
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*. 2019;14(5):e0215735.
31. Silva R, Jansen K, Souza L, Quevedo L, Barbosa L, Moraes I, et al. Sociodemographic risk factors of perinatal depression: a cohort study in the public health care system. *Braz J Psychiatry*. junio de 2012;34(2):143-8.
32. Dmitrovic BK, Dugalić MG, Balkoski GN, Dmitrovic A, Soldatovic I. Frequency of perinatal depression in Serbia and associated risk factors. *Int J Soc Psychiatry*. septiembre de 2014;60(6):528-32.

33. Gaviria SL, Duque M, Vergel J, Restrepo D. Síntomas depresivos perinatales: prevalencia y factores psicosociales asociados. *Revista Colombiana de Psiquiatría*. 1 de julio de 2019;48(3):166-73.
34. Yanikkerem E, Ay S, Mutlu S, Goker A. Antenatal depression: prevalence and risk factors in a hospital based Turkish sample. *JPMA The Journal of the Pakistan Medical Association*. abril de 2013;63(4):472-7.
35. de Jesus Silva MM, Peres Rocha Carvalho Leite E, Alves Nogueira D, Clapis MJ. Depression in pregnancy. Prevalence and associated factors. *Investigacion Y Educacion En Enfermeria*. junio de 2016;34(2):342-50.
36. Gonzalez R, Alejandra V. Asociación entre el apoyo de la pareja y la depresión en gestantes del tercer trimestre de embarazo. Instituto Nacional Materno Perinatal, junio – julio, 2017. Universidad Nacional Mayor de San Marcos [Internet]. 2018 [citado 28 de septiembre de 2020]; Disponible en: <https://cybertesis.unmsm.edu.pe/handle/20.500.12672/8652>
37. ¿Qué es la depresión? [Internet]. [citado 6 de octubre de 2020]. Disponible en: <https://www.psychiatry.org/patients-families/depression/what-is-depression>
38. Maurer DM, Raymond TJ, Davis BN. Depression: Screening and Diagnosis. *American Family Physician*. 15 de 2018;98(8):508-15.
39. ¿Qué es la depresión? [Internet]. [citado 9 de octubre de 2020]. Disponible en: <https://www.psychiatry.org/patients-families/depression/what-is-depression>
40. Maurer DM, Raymond TJ, Davis BN. Depression: Screening and Diagnosis. *AFP*. 15 de octubre de 2018;98(8):508-15.
41. Meltzer-Brody S. New insights into perinatal depression: pathogenesis and treatment during pregnancy and postpartum. *Dialogues Clin Neurosci*. 2011;13(1):89-100.
42. Alhusen JL, Alvarez C. Perinatal depression. *Nurse Pract*. 19 de mayo de 2016;41(5):50-5.
43. Niel MSV, Payne JL. Perinatal depression: A review. *CCJM*. 1 de mayo de 2020;87(5):273-7.
44. Cox JL, Holden JM, Sagovsky R. Detection of postnatal depression. Development of the 10-item Edinburgh Postnatal Depression Scale. *The British Journal of Psychiatry: The Journal of Mental Science*. junio de 1987;150:782-6.
45. Vega-Gonzales E, Guerrero-Rosa A, Guzmán-Castillo B, Huamaní-Morales E, Herrera-Chenett G. Ansiedad y depresión en gestantes adolescentes en un hospital de Lima, Perú. *Revista Internacional de Salud Materno Fetal*. 30 de septiembre de 2019;4(3):3-7.

46. Lam N, Contreras H, Mori E, Cuesta F, Gutiérrez C, Neyra M, et al. Comparación de dos cuestionarios autoaplicables para la detección de síntomas depresivos en gestantes. *Anales de la Facultad de Medicina*. 16 de marzo de 2009;70(1):28-32.
47. Amir Malik MF, Wase HA, Latif A. Perinatal depression: considerations, challenges, and suggestions. *J Pak Med Assoc*. febrero de 2019;69(2):284.
48. Dubey S, Biswas P, Ghosh R, Chatterjee S, Dubey MJ, Chatterjee S, et al. Psychosocial impact of COVID-19. *Diabetes Metab Syndr*. 2020;14(5):779-88.
49. Ramírez-Ortiz J, Castro-Quintero D, Lerma-Córdoba C, Yela-Ceballos F, Escobar-Córdoba F, Ramírez-Ortiz J, et al. Mental health consequences of the COVID-19 pandemic associated with social isolation. *Colombian Journal of Anesthesiology [Internet]*. diciembre de 2020 [citado 26 de mayo de 2022];48(4). Disponible en: [http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci\\_abstract&pid=S0120-33472020000400301&lng=en&nrm=iso&tlng=en](http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S0120-33472020000400301&lng=en&nrm=iso&tlng=en)
50. Caballero-Domínguez CC, Campo-Arias A. Problemas de salud mental en la sociedad: un acercamiento desde el impacto del COVID 19 y de la cuarentena. *Duazary*. 18 de abril de 2020;17(3):1-3.
51. Sierra JC, Ortega V, Zubeidat I. Ansiedad, angustia y estrés: tres conceptos a diferenciar. *Revista mal-estar e subjetividade*. 2003;3(1):11-60.
52. Kinser PA, Thacker LR, Lapato D, Wagner S, Roberson-Nay R, Jobe-Shields L, et al. Depressive Symptom Prevalence and Predictors in the First Half of Pregnancy. *Journal of Women's Health*. 14 de diciembre de 2017;27(3):369-76.
53. Pedrosa I, Suárez-Álvarez J, García-Cueto E. Evidencias sobre la validez de contenido: avances teóricos y métodos para su estimación. *Acción Psicológica*. diciembre de 2013;10(2):3-18.
54. Adolescent pregnancy [Internet]. [citado 9 de mayo de 2022]. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/adolescent-pregnancy>
55. Heras Pérez B, Gobernado Tejedor J, Mora Cepeda P, Almaraz Gómez A. La edad materna como factor de riesgo obstétrico. Resultados perinatales en gestantes de edad avanzada. *Prog Obstet Ginecol*. 1 de noviembre de 2011;54(11):575-80.
56. Yin X, Sun N, Jiang N, Xu X, Gan Y, Zhang J, et al. Prevalence and associated factors of antenatal depression: Systematic reviews and meta-analyses. *Clin Psychol Rev*. febrero de 2021;83:101932.
57. Ghaffar R, Iqbal Q, Khalid A, Saleem F, Hassali MA, Baloch NS, et al. Frequency and predictors of anxiety and depression among pregnant women attending tertiary healthcare institutes of Quetta City, Pakistan. *BMC Womens Health*. 25 de julio de 2017;17(1):51.

58. Verbeek T, Bockting CLH, Beijers C, Meijer JL, van Pampus MG, Burger H. Low socioeconomic status increases effects of negative life events on antenatal anxiety and depression. *Women Birth*. febrero de 2019;32(1):e138-43.
59. George C, Lalitha ARN, Antony A, Kumar AV, Jacob KS. Antenatal depression in coastal South India: Prevalence and risk factors in the community. *Int J Soc Psychiatry*. marzo de 2016;62(2):141-7.
60. Ali NS, Azam IS, Ali BS, Tabbusum G, Moin SS. Frequency and Associated Factors for Anxiety and Depression in Pregnant Women: A Hospital-Based Cross-Sectional Study. *ScientificWorldJournal*. 2 de mayo de 2012;2012:653098.
61. Ho-Fung C, Andersson E, Hsuan-Ying H, Acharya G, Schwank S. Self-reported mental health status of pregnant women in Sweden during the COVID-19 pandemic: a cross-sectional survey. *BMC Pregnancy Childbirth*. 28 de marzo de 2022;22(1):260.
62. Lara MA, Navarrete L, Nieto L, Le HN, Lara MA, Navarrete L, et al. Childhood abuse increases the risk of depressive and anxiety symptoms and history of suicidal behavior in Mexican pregnant women. *Brazilian Journal of Psychiatry*. septiembre de 2015;37(3):203-10.
63. Plant DT, Barker ED, Waters CS, Pawlby S, Pariante CM. Intergenerational transmission of maltreatment and psychopathology: the role of antenatal depression. *Psychol Med*. marzo de 2013;43(3):519-28.
64. 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*. octubre de 2016;3(10):973-82.
65. Barrios YV, Gelaye B, Zhong Q, Nicolaidis C, Rondon MB, Garcia PJ, et al. Association of Childhood Physical and Sexual Abuse with Intimate Partner Violence, Poor General Health and Depressive Symptoms among Pregnant Women. *PLoS One* [Internet]. 30 de enero de 2015 [citado 19 de febrero de 2021];10(1). Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4312043/>
66. Shaw BA, Krause N, Chatters LM, Connell CM, Ingersoll-Dayton B. Emotional support from parents early in life, aging, and health. *Psychol Aging*. marzo de 2004;19(1):4-12.
67. Jeong HG, Lim JS, Lee MS, Kim SH, Jung IK, Joe SH. The association of psychosocial factors and obstetric history with depression in pregnant women: focus on the role of emotional support. *Gen Hosp Psychiatry*. agosto de 2013;35(4):354-8.
68. Hu Y, Wang Y, Wen S, Guo X, Xu L, Chen B, et al. Association between social and family support and antenatal depression: a hospital-based study in Chengdu, China. *BMC Pregnancy Childbirth* [Internet]. 19 de noviembre de 2019 [citado 18 de febrero de 2021];19. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6862749/>

69. Redinger S, Norris SA, Pearson RM, Richter L, Rochat T. First trimester antenatal depression and anxiety: prevalence and associated factors in an urban population in Soweto, South Africa. *J Dev Orig Health Dis.* febrero de 2018;9(1):30-40.
70. Marchesi C, Bertoni S, Maggini C. Major and Minor Depression in Pregnancy. *Obstetrics & Gynecology.* junio de 2009;113(6):1292-8.
71. Lövestad S, Löve J, Vaez M, Krantz G. Prevalence of intimate partner violence and its association with symptoms of depression; a cross-sectional study based on a female population sample in Sweden. *BMC Public Health [Internet].* 20 de abril de 2017 [citado 18 de febrero de 2021];17. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5397670/>
72. Rees SJ, Tol W, Mohammad M, Tay AK, Tam N, dos Reis N, et al. A high-risk group of pregnant women with elevated levels of conflict-related trauma, intimate partner violence, symptoms of depression and other forms of mental distress in post-conflict Timor-Leste. *Transl Psychiatry.* febrero de 2016;6(2):e725.
73. Moraes EV de, Campos RN, Avelino MM. Depressive Symptoms in Pregnancy: The Influence of Social, Psychological and Obstetric Aspects. *Rev Bras Ginecol Obstet.* junio de 2016;38(06):293-300.
74. Biratu A, Haile D. Prevalence of antenatal depression and associated factors among pregnant women in Addis Ababa, Ethiopia: a cross-sectional study. *Reprod Health [Internet].* 30 de octubre de 2015 [citado 18 de febrero de 2021];12. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4627391/>
75. Lequertier B, McLean MA, Kildea S, King S, Keedle H, Gao Y, et al. Perinatal Depression in Australian Women during the COVID-19 Pandemic: The Birth in the Time of COVID-19 (BITTOC) Study. *Int J Environ Res Public Health.* 21 de abril de 2022;19(9):5062.
76. Hu HQ, Zhang J, Zhao W, Tian T, Huang AQ, Wang LL. [The occurrence and determinants of anxiety and depression symptoms in women of six counties/ districts in China during pregnancy]. *Zhonghua Yu Fang Yi Xue Za Zhi.* 6 de enero de 2017;51(1):47-52.
77. Surkan PJ, Strobino DM, Mehra S, Shamim AA, Rashid M, Wu LSF, et al. Unintended pregnancy is a risk factor for depressive symptoms among socio-economically disadvantaged women in rural Bangladesh. *BMC Pregnancy Childbirth [Internet].* 13 de diciembre de 2018 [citado 17 de febrero de 2021];18. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6292066/>
78. Pariona Gutierrez E, Moquillaza Alcántara V, García Cajaleón J, Cuya Candela E, Pariona Gutierrez E, Moquillaza Alcántara V, et al. Psychosocial factors associated with depression in pregnant women treated in a peruvian maternal and child center, 2018. *Revista chilena de obstetricia y ginecología.* octubre de 2020;85(5):494-507.



79. Cruz-Bendezú AM, Lovell GV, Roche B, Perkins M, Blake-Lamb TL, Taveras EM, et al. Psychosocial status and prenatal care of unintended pregnancies among low-income women. *BMC Pregnancy Childbirth* [Internet]. 12 de octubre de 2020 [citado 18 de febrero de 2021];20. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7552564/>
80. Silva RA da, Jansen K, Souza LD de M, Moraes IG da S, Tomasi E, Silva GDG da, et al. Depression during pregnancy in the Brazilian public health care system. *Brazilian Journal of Psychiatry*. junio de 2010;32(2):139-44.
81. Póo F AM, Espejo S C, Godoy P C, Gualda de la C M, Hernández O T, Pérez H C. Prevalencia y factores de riesgo asociados a la depresión posparto en puérperas de un Centro de Atención Primaria en el Sur de Chile. *Revista médica de Chile*. enero de 2008;136(1):44-52.
82. Shakeel N, Eberhard-Gran M, Sletner L, Slinning K, Martinsen EW, Holme I, et al. A prospective cohort study of depression in pregnancy, prevalence and risk factors in a multi-ethnic population. *BMC Pregnancy Childbirth* [Internet]. 24 de enero de 2015 [citado 17 de febrero de 2021];15. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4310137/>

## ANEXOS

### ANEXO 01: 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 "**DEPRESIÓN PERINATAL Y FACTORES ASOCIADOS EN PUÉRPERAS DEL INSTITUTO NACIONAL MATERNO PERINATAL DURANTE LA PANDEMIA COVID-19 EN EL PERIODO DE NOVIEMBRE A DICIEMBRE DEL AÑO 2020**" que presenta la SRTA. CAROLINA PACHECO CHIU, 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:

Dr. Pedro M. Arango Ochante  
ASESOR DE LA TESIS

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

Lima, 22 de diciembre de 2020

## ANEXO 02: CARTA DE COMPROMISO DEL ASESOR DE TESIS



UNIVERSIDAD RICARDO PALMA  
FACULTAD DE MEDICINA HUMANA

Manuel Huamán Guerrero

---

Instituto de Investigaciones de Ciencias Biomédicas

Oficina de Grados y Títulos

Formamos seres para una cultura de paz

### Carta de Compromiso del Asesor de Tesis

Por la presente acepto el compromiso para desempeñarme como asesor de Tesis del estudiante de Medicina Humana, Srta. Carolina Paola Pacheco Chiu 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,

---

Dr. PEDRO ARANGO OCHANTE

Lima, 22 de octubre de 2020

## ANEXO 03: CARTA DE APROBACIÓN DEL PROYECTO DE TESIS, FIRMADO POR LA SECRETARÍA ACADÉMICA



**UNIVERSIDAD RICARDO PALMA**

LICENCIAMIENTO INSTITUCIONAL RESOLUCIÓN DEL CONSEJO DIRECTIVO N° 040-2016-SUNEDUCD

**Facultad de Medicina Humana**

Manuel Huamán Guerrero

Oficio N°0244-2021-FMH-D

Lima, 19 de enero de 2021

Señorita  
**PACHECO CHIU CAROLINA PAOLA**

Presente. -

ASUNTO: Aprobación del Proyecto de Tesis.

De mi mayor consideración:

Me dirijo a usted para hacer conocimiento que el proyecto de tesis "DEPRESIÓN PERINATAL Y FACTORES ASOCIADOS EN PUÉRPERAS DEL INSTITUTO NACIONAL MATERNO PERINATAL DURANTE LA PANDEMIA COVID-19 EN EL PERIODO DE NOVIEMBRE A DICIEMBRE DEL AÑO 2020" presentado ante la facultad de Medicina Humana para optar el Título Profesional de Médica Cirujana ha sido aprobado por el consejo de Facultad en sesión de fecha 14 de enero de 2021.

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

Sin otro particular,

Atentamente,



M<sup>te.</sup> Hilda Jurupe Chico.  
Secretaria Académica

# ANEXO 04: CARTA DE ACEPTACIÓN DE EJECUCIÓN DE LA TESIS POR LA SEDE HOSPITALARIA



"Decenio de la Igualdad de Oportunidades para Mujeres y Hombres"  
"Año del Bicentenario del Perú: 200 años de Independencia"

H.T. 20-17551-1

Lima, 11 de febrero de 2021

## CARTA Nº 014-2021-DG-Nº 007-OEAIDE/INMP

Señora Alumna:  
**CAROLINA PAOLA PACHECO CHIU**  
Investigadora Principal  
Universidad Ricardo Palma  
Presente.-

Asunto: Aprobación de Proyecto de Investigación  
Analítico, observacional, Tipo casos y  
Controles

De nuestra consideración:

Es grato dirigirme a usted para saludarla cordialmente, y a la vez manifestarle que el proyecto de investigación titulado: "DEPRESIÓN PERINATAL Y FACTORES ASOCIADOS EN PUÉRPERAS DEL INSTITUTO NACIONAL MATERNO PERINATAL DURANTE LA PANDEMIA COVID-19 EN EL PERIODO DE NOVIEMBRE A DICIEMBRE DEL AÑO 2020", cuyo estudio es de tipo analítico, observacional, tipo casos y controles; ha sido aprobado por el Comité de Evaluación Metodológica y Estadística en la Investigación y el Comité de Ética en Investigación de nuestra institución, cuya vigencia es hasta el 17 de DICIEMBRE del 2021.

En consecuencia, por tener características de ser autofinanciado, se autoriza la ejecución del mencionado proyecto, quedando bajo responsabilidad de la investigadora principal.

Sin otro particular, es propicia la ocasión para expresarle los sentimientos de mi consideración y estima.

Atentamente,



M. Mejico  
c.c.

- DEOG
- DEN

MINISTERIO DE SALUD  
INSTITUTO NACIONAL MATERNO PERINATAL

M.C. Enrique Guevara Rlo.  
C.M.P. N° 19758 R.N.E. N° 8746  
DIRECTOR DE INSTITUTO

- DEEMSC
- OEAIDE

- UFI
- Archivo

Jr. Santa Rosa N°941  
Cercado de Lima. Lima 1, Perú  
(511) 328 0998  
www.inmp.gob.pe

EL PERÚ PRIMERO



## Instituto Nacional Materno Perinatal

F-09

### Comité de Ética

Institutional Review Board (IRB)/ Independent Ethics Committee (IEC) N° IRB 5267  
Federal Wide Assurance (FWA) for the Protection of Human Subjects for international Institutions N° FWA 9725.

### INFORME N° 040-2020-CIEI/INMP

Exp. N° 20-17551-1

Título del Proyecto	"Depresión perinatal y factores asociados en puérperas del instituto Nacional Materno Perinatal durante la Pandemia COVID-19, en el periodo de noviembre a diciembre del año 2020".
Investigador Principal	<b>CAROLINA PAOLA PACHECO CHIU</b> Universidad Ricardo Palma
Financiamiento	Propio.
Tipo de Estudio	Analítico, observacional, Tipo casos y Controles
Apreciación	Determinar cuáles son los factores asociados a la depresión perinatal en puérperas del Instituto Nacional Materno Perinatal durante la pandemia COVID-19 en el periodo de noviembre a diciembre del año 2020.
Calificación	<b>APROBADO.</b> Tendrá vigencia hasta el 02 de noviembre de 2021. Los trámites para una nueva renovación de aprobación deberán iniciarse por lo menos 30 días antes de su vencimiento.

Lima, 03 de noviembre de 2020

MINISTERIO DE SALUD  
INSTITUTO NACIONAL MATERNO PERINATAL

**PRESIDENTE**  
Comité de Ética en Investigación

M.C. Carlos Pérez Aliaga

MINISTERIO DE SALUD  
INSTITUTO NACIONAL MATERNO PERINATAL

**SECRETARIO**  
Comité de Ética en Investigación

M.C. Pedro Arango Ochante



## ANEXO 05: ACTA DE APROBACIÓN DEL BORRADOR DE TESIS



UNIVERSIDAD RICARDO PALMA  
FACULTAD DE MEDICINA HUMANA  
Instituto de Investigación en Ciencias Biomédicas  
Oficina 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 **“DEPRESIÓN PERINATAL Y FACTORES ASOCIADOS EN PUÉRPERAS DEL INSTITUTO NACIONAL MATERNO PERINATAL DURANTE LA PANDEMIA COVID-19 EN EL PERIODO DE NOVIEMBRE A DICIEMBRE DEL AÑO 2020”**, que presenta la Señorita CAROLINA PAOLA PACHECO CHIU 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.

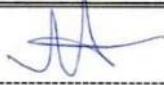
Por lo tanto, consideramos que el borrador de tesis se halla expedito para la impresión, de acuerdo a lo señalado en el Reglamento de Grados y Títulos, y ha sido revisado con el software Turnitin, quedando atentos a la citación que fija día, hora y lugar, para la sustentación correspondiente.

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

  
Mg. JORGE ENRIQUE VIDAL OLCESE  
PRESIDENTE

  
Mg. JENNY RAQUEL TORRES MALCA  
MIEMBRO

  
MC. DANTE QUIÑONES LAVERIANO  
MIEMBRO

  
Dr. JHONY DE LA CRUZ VARGAS  
Director de Tesis

  
Dr. PEDRO ARANGO OCHANTE  
Asesor de Tesis

Lima, 23 de Mayo del 2022

## ANEXO 06: REPORTE DE ORIGINLIDAD DEL TURNITIN





## ANEXO 07: 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 la Srta.

**CAROLINA PAOLA PACHECO CHIU**

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:

**DEPRESIÓN PERINATAL Y FACTORES ASOCIADOS EN PUÉRPERAS DEL INSTITUTO NACIONAL MATERNO PERINATAL DURANTE LA PANDEMIA COVID-19 EN EL PERIODO DE NOVIEMBRE A DICIEMBRE DEL AÑO 2020**

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



## ANEXO 08: MATRIZ DE CONSISTENCIA

**Nombre del proyecto de tesis:** Depresión perinatal y factores asociados en puérperas del instituto nacional materno perinatal durante la pandemia COVID-19 en el periodo de noviembre a diciembre del año 2020.

DISEÑO TEÓRICO			
Problema	Objetivos	Hipótesis	Variables
¿Cuáles son los principales factores asociados a la depresión perinatal en puérperas del Instituto Nacional Materno Perinatal durante la pandemia COVID-19, en el periodo de noviembre a diciembre de 2020?	<b>Objetivo general</b>	<b>Hipótesis general</b>	<b>Independientes</b>
	Determinar los principales factores asociados a la depresión perinatal en puérperas del Instituto Nacional Materno Perinatal durante la pandemia COVID-19, en el periodo de noviembre a diciembre de 2020.	Existen factores asociados a la depresión perinatal en puérperas del Instituto Nacional Materno Perinatal durante la pandemia COVID-19, en el periodo de noviembre a diciembre de 2020.	- Depresión perinatal
	<b>Objetivos específicos</b>	<b>Hipótesis específicas</b>	<b>Dependientes</b>
	-Determinar los factores sociodemográficos asociados a la depresión perinatal -Determinar los factores obstétricos asociados a la depresión perinatal -Determinar los factores psicosociales asociados a la depresión perinatal	- Los factores sociodemográficos están asociados a la depresión perinatal - Los factores obstétricos están asociados a la depresión perinatal - Los factores psicosociales están asociados a la depresión perinatal	- Factores sociodemográficos - Factores obstétricos - Factores psicosociales

**DISEÑO METODOLÓGICO**

<b>Diseño de investigación</b>	<b>Población y muestra</b>	<b>Técnicas e instrumentos</b>	<b>Análisis de datos</b>	<b>Aspectos éticos</b>
<p>Observacional, analítico, cuantitativo tipo casos y controles</p>	<p>El universo estuvo conformado por puérperas hospitalizadas en áreas no COVID del Instituto Nacional Materno Perinatal durante los meses de noviembre y diciembre del año 2020. Se seleccionaron dos grupos, uno de casos y otro de controles.</p> <p>El tamaño de muestra fue calculado mediante la fórmula para estudios de tipo caso-control. Se consideró una frecuencia de exposición entre los controles de 20%, esto basado en un estudio previo. Además, se tomó como nivel de confianza al 95%, una potencia estadística de 80%, y una razón de controles de uno por caso. Se realizó un muestreo aleatorizado simple.</p> <p>Definición de casos: puérperas con puntaje igual o mayor de 13 según la escala de Edimburgo,</p> <p>Definición de controles: puérperas con puntaje menor a 13, según la escala de Edimburgo.</p>	<p>Los datos fueron recolectados mediante la encuesta para medir la depresión y un cuestionario para recabar los factores psicosociales, realizadas a las participantes que cumplían con los criterios de selección. Asimismo, se utilizó una ficha de recolección de datos, donde se registraron los factores sociodemográficos y obstétricos obtenidos de las historias clínicas.</p>	<p>Las variables cuantitativas se analizaron a través del cálculo de medidas de tendencia central. Para las variables cualitativas se construyeron tablas de frecuencias y se calcularon porcentajes. Posteriormente se realizó el análisis bivariado para determinar las asociaciones significativas entre los grupos de categorías, mediante la prueba paramétrica de Chi cuadrado de Pearson. Aquellas variables que demostraron diferencias significativas fueron analizadas mediante la regresión logística, donde se aplicó la razón de productos cruzados (OR), intervalos de confianza al 95 % y un nivel de significancia estadística de <math>p &lt; 0.05</math></p>	<p>El proyecto del presente estudio fue aprobado por la Comité de Ética del Instituto Nacional Materno Perinatal, ubicado en la ciudad de Lima (Expediente N° 20-17551-1).</p>

## ANEXO 09: OPERACIONALIZACION DE VARIABLES

VARIABLE	TIPO	NATURALEZA	ESCALA DE MEDICION	INDICADOR	UNIDAD DE MEDIDA	INSTRUMENTO	DIMENSION	DEFINICION OPERACIONAL	DEFINICION CONCEPTUAL
<b>DEPRESIÓN PERINATAL</b>	Dependiente	Cualitativa	Nominal Dicotómica	Si - No	Si - No	Escala de Edimburgo	Social	Puntuación mayor e igual de 13 puntos en la Escala de Edimburgo	Trastorno depresivo mayor que ocurre durante el embarazo o dentro de los primeros 4 primeras semanas del posparto
<b>EDAD</b>	Independiente	Cuantitativa	Razón	<ul style="list-style-type: none"> <li>● &lt;20 años</li> <li>● 20-34 años</li> <li>● ≥ 35 años</li> </ul>	Años	Ficha de recolección de datos	Biológico	Años de vida de la puérpera registrada en la historia clínica	Años de vida de la puérpera
<b>ESTADO CIVIL</b>	Independiente	Cualitativa	Nominal	Soltera Casada Conviviente Viuda divorciada	1. soltera 2. Casada 3. Conviviente 4. divorciada 5. viuda	Ficha de recolección de datos	Biológico	Condición de la puérpera relacionado con el código civil registrado en la historia clínica	Condición de la puérpera relacionado con el código civil
<b>NACIONALIDAD</b>	Independiente	Cualitativa	Nominal Dicotómica	Peruana Extranjera	1. Peruana 2. Extranjera	Ficha de recolección de datos	Social	Nacionalidad registrada en la historia clínica	Estado al que pertenece una persona
<b>PROCEDENCIA</b>	Independiente	Cualitativa	Nominal Dicotómica	Lima y Callao Provincia	1. Lima y Callao 2. Provincia	Ficha de recolección de datos	Social	Lugar donde nació la puérpera registrada en la historia clínica	Lugar donde nació una persona.
<b>NIVEL DE POBREZA</b>	Independiente	Cualitativa	Nominal Politómica	Q1 Q2 Q3 Q4 Q5	Quintil (Q)	Ficha de recolección de datos	Social	El Distrito del que se procede pertenece a un quintil de pobreza	Según el mapa de pobreza de FONCODES, según el distrito de procedencia se identifica cuáles son los lugares que albergan mayor población pobre en

									Lima y Callao
<b>NIVEL EDUCATIVO</b>	Independiente	Cualitativa	Nominal Dicotómica	Ninguna/ Primaria  Secundaria/ superior	1. Ninguna/ Primaria  2.Secundaria/ superior	Ficha de recolección de datos	Social	Años de estudios	El grado de aprendizaje que ha adquirido por una persona a lo largo de su formación en una institución educativa
<b>OCUPACIÓN</b>	Independiente	Cualitativa	Nominal	Ama de casa Empleada Independiente Estudiante	1 Ama de casa 2 Empleada 3 Independiente 4.Estudiante	Ficha de recolección de datos	Social	Trabajo o actividad registrado en la historia clínica	Papel de una persona en la sociedad.
<b>TIPO DE FAMILIA</b>	Independiente	Cualitativa	Nominal Dicotómica	Nuclear Monoparental	1 Nuclear 2.monoparental	Cuestionario	Social	Grupo de personas del que proviene la puérpera	Familia nuclear: formada por los padres e hijos.  Familia monoparental: conformada por un solo padre y los hijos
<b>APOYO FAMILIAR DURANTE EL EMBARAZO</b>	Independiente	Cualitativa	Nominal Dicotómica	Si - No	Si - No	Cuestionario	Social	La puérpera recibe apoyo emocional por parte de la familia en su embarazo	Unidad familiar durante el proceso del embarazo.
<b>VIOLENCIA FÍSICA DURANTE LA NIÑEZ Y/O ADOLESCENCIA POR ALGÚN FAMILIAR</b>	Independiente	Cualitativa	Nominal Dicotómica	Si - No	Si - No	Cuestionario	Social	La puérpera ha recibido maltrato físico por parte de un miembro de su familia	La violencia ejercida empleando la fuerza física en el terreno de la convivencia asimilada, por parte de uno de los miembros de la familia contra otro, o contra algunos de los demás o contra todos ellos,
<b>VIOLENCIA PSICOLÓGICA DURANTE LA NIÑEZ Y/O</b>	Independiente	Cualitativa	Nominal Dicotómica	Si - No	Si - No	Cuestionario	Social	La puérpera ha recibido violencia psicológica( malos tratos, insultos)	Agresión verbal de cualquier tipo ejercida por un miembro de la familia

<b>ADOLESCENCIA POR ALGÚN FAMILIAR</b>								por parte de un miembro de su familia	
<b>RELACIÓN CON LA PAREJA</b>	Independiente	Cualitativa	Nominal Dicotómica	Buena Regular/ Mala	1 Buena 2 Regular/ Mala	Cuestionario	Social	Apreciación subjetiva de la relación de la puérpera con la pareja	Vínculo afectivo entre puérpera y su pareja
<b>APOYO ECONÓMICO POR LA PAREJA</b>	Independiente	Cualitativa	Nominal Dicotómica	Si - No	Si - No	Cuestionario	Social	La puérpera recibe dinero de la pareja	La madre recibe recursos económicos de la pareja
<b>VIOLENCIA FÍSICA POR LA PAREJA</b>	Independiente	Cualitativa	Nominal Dicotómica	Si - No	Si - No	Cuestionario	Social	La puérpera ha recibido maltrato físico por parte del cónyuge	La violencia en la que se emplea la fuerza física por parte del cónyuge
<b>VIOLENCIA PSICOLÓGICA POR LA PAREJA</b>	Independiente	Cualitativa	Nominal Dicotómica	Si - No	Si - No	Cuestionario	Social	La puérpera ha recibido violencia psicológica( malos tratos, insultos) por parte de su pareja	Agresión verbal de cualquier tipo ejercida por la pareja
<b>EMBARAZO DESEADO</b>	Independiente	Cualitativa	Nominal Dicotómica	Si - No	Si - No	Cuestionario	Social	Deseo o no de la puérpera de quedar embarazada	Aquel que se produce con deseo o planificación previa
<b>EMBARAZO CONSENTIDO</b>	Independiente	Cualitativa	Nominal Dicotómica	Si - No	Si - No	Cuestionario	Social	El embarazo fue resultado de una relación sexual con su consentimiento o permiso de la puérpera	El embarazo fue resultado de una violación sexual
<b>CONSUMO DE, ALCOHOL DURANTE LA GESTACIÓN</b>	Independiente	Cualitativa	Nominal Dicotómica	Si – No	Si – No	Cuestionario	Social	Consumo de alcohol durante la gestación	Consumo de alcohol durante la gestación
<b>CONSUMO DE TABACO DURANTE LA GESTACIÓN</b>	Independiente	Cualitativa	Nominal Dicotómica	Si – No	Si – No	Cuestionario	Social	Consumo de tabaco, durante la gestación	Consumo de tabaco durante la gestación

<b>CONSUMO DE DROGAS DURANTE LA GESTACIÓN</b>	Independiente	Cualitativa	Nominal Dicotómica	Si – No	Si – No	Cuestionario	Social	Consumo de drogas durante la gestación	Consumo de drogas durante la gestación
<b>NÚMERO DE PARTOS</b>	Independiente	Cualitativa	Nominal Dicotómica	Múltipara Primípara	1 Múltipara 2Primípara	Ficha de recolección de datos	Biológico	Cantidad de partos registrados en la historia clínica	Cantidad de partos que ha tenido una mujer
<b>ANTECEDENTE DE ABORTO</b>	Independiente	Cualitativa	Nominal Dicotómica	Si – No	Si – No	Ficha de recolección de datos	Biológico	Interrupción y finalización prematura del embarazo forma natural o voluntaria por la madre	Interrupción prematura del embarazo ya sea de forma natural o voluntaria, hecha antes que el feto pueda sobrevivir fuera del útero
<b>CONTROLES PRENATALES ADECUADOS</b>	Independiente	Cualitativa	Nominal Dicotómica	Si – No	Si – No	Ficha de recolección de datos	Social	Controles prenatales registrados	Número de controles adecuados mayor igual a 6
<b>COMPLICACIONES DURANTE LA GESTACIÓN</b>	Independiente	Cualitativa	Nominal Dicotómica	Si – No	Si – No	Ficha de recolección de datos	Biológico	Complicaciones gestacionales registrados en la historia clínica	Problemas de salud que se dan durante la gestación y que pueden afectar la salud de la madre, del bebé, o ambas.
<b>INFECCIÓN POR COVID-19 DURANTE LA GESTACIÓN</b>	Independiente	Cualitativa	Nominal Dicotómica	Si - No	Si - No	Cuestionario	Biológica	Sospecha de contagio por SARS-COV2 o prueba molecular IgG POSITIVO	Diagnóstico positivo de infección por SARS-COV2 por prueba molecular o clínica
<b>INFECCIÓN DE UN SER QUERIDO POR COVID- 1</b>	Independiente	Cualitativa	Nominal Dicotómica	Si - No	Si - No	Cuestionario	Biológica	Sospecha de familiar infectado por SARS-COV2	Diagnóstico positivo de infección por SARS-COV2 por prueba molecular o clínica
<b>FALLECIMIENTO DE UN SER QUERIDO POR COVID- 1</b>	Independiente	Cualitativa	Nominal Dicotómica	Si - No	Si - No	Cuestionario	Biológica	Paciente fallecido con diagnóstico positivo de infección por SARS-COV2 por prueba molecular	Diagnostico positivo de infección por SARS-COV2 por prueba molecular

<b>AFECTACIÓN ECONÓMICA POR LA PANDEMIA</b>	Independiente	Cualitativa	Nominal Dicotómica	Si - No	Si - No	Cuestionario	Social	Daño en la economía de la puérpera	Perjuicio o daño que sufre el patrimonio de una persona
<b>LIMITACIÓN DE CONTROLES PRENATALES POR LA PANDEMIA</b>	Independiente	Cualitativa	Nominal Dicotómica	Si - No	Si - No	Cuestionario	Social	NO asistir a controles prenatales por miedo de contagio, falta de transporte o limitación económica por la pandemia	NO asistir a controles prenatales por miedo de contagio, falta de transporte o limitación económica por la pandemia



## ANEXO 10: CONSENTIMIENTO INFORMADO

### **“DEPRESIÓN PERINATAL Y FACTORES ASOCIADOS EN PUÉRPERAS DEL INSTITUTO NACIONAL MATERNO PERINATAL DURANTE LA PANDEMIA COVID-19 EL PERIODO DE NOVIEMBRE A DICIEMBRE DEL AÑO 2020 CONSENTIMIENTO INFORMADO**

**Investigadora: Carolina Pacheco Chiu**

**Correo: pachecochiu @gmail.com**

**Teléfono: 994669722**

El presente estudio tiene la intención de analizar los factores asociados a la depresión en puérperas durante la pandemia COVID 19 con la finalidad de brindarle una **atención integral**.

#### **Estimada señora**

Estamos llevando a cabo un estudio de investigación a fin de averiguar los factores asociados a la depresión en las puérperas durante esta pandemia, la participación de su persona es **importante, voluntaria** e incluirá solamente pacientes que deseen participar. Para ello, se está pidiendo su autorización para dicho estudio.

#### **Propósito del estudio**

El propósito del estudio de investigación es analizar los factores asociados a la depresión en las puérperas durante la pandemia COVID 19 (pacientes con sintomatología depresiva según el test de Edimburgo) y compararlos con un grupo que no presenta sintomatología depresiva según el mismo test, para así determinar la asociación existente.

#### **¿En qué consistirá su participación?**

Su participación en el estudio consistirá en dos momentos, el primero se aplicará la escala de Edimburgo y el segundo un cuestionario. A su vez se revisará su historia clínica para completar características generales, ambos permitirán evaluar dichos factores.

#### **Riesgos, incomodidades y costos de su participación**

El estudio no representa ningún riesgo para usted, de la misma manera no tendrá ningún costo. En todo momento se evaluará si se encuentra en posición de poder hacer uso de la palabra y su negativa a continuar con su participación no representará ningún perjuicio en el uso de las instalaciones o servicios de este establecimiento.

### **Beneficios**

Los beneficios encontrados por la investigación serán: para la institución al contar Información sobre los factores asociados a la depresión en la gestante bajo la coyuntura actual. Para los investigadores corresponde su beneficio profesional y académico el investigar en este campo y para las participantes el tener un poco más de conocimiento sobre los factores que podrían estar asociados a la depresión.

### **Confidencialidad de la información**

En todo momento la información y respuestas brindadas por las participantes, se mantendrán en total **confidencialidad**. El investigador tomará las medidas necesarias para cautelar el adecuado tratamiento de los datos y el resguardo de la información registrada y la correcta custodia de estos.

### **Problemas o preguntas**

Si presenta dudas sobre el proyecto o sobre su participación en él puede hacer preguntas en cualquier momento de la ejecución del mismo, igualmente, puede retirarse de la investigación en cualquier momento sin que esto represente un perjuicio o desventaja en el uso de los servicios del Instituto Nacional Materno Perinatal.

### **Consentimiento / Participación voluntaria**

Por lo expuesto comprendo que mi autorización es importante para el estudio de investigación. Sé que mis respuestas a las preguntas serán utilizadas para  **fines de investigación y no se me identificará**. También se me informó que, si participo o no, mi negativa a responder no afectará los servicios que yo o cualquier miembro de mi familia puedan recibir por parte de los profesionales de este centro de salud.

Desde ya agradecemos su participación.

**NOMBRE DEL PARTICIPANTE:**

---

**FIRMA**

---

**NOMBRE DEL INVESTIGADOR:**

**FIRMA**

**DNI:**

**Fecha** \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

**Hora:** \_\_\_\_\_

## ANEXO 11: INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS

### 1. ESCALA DE EDIMBURGO

---

#### ESCALA DE EDIMBURGO

ID: \_\_\_\_\_

FECHA: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

Nos gustaría saber cómo se ha estado sintiendo; por favor marque con una X la respuesta que más se acerca a cómo se ha sentido en los últimos 7 días.

**1. He sido capaz de reír y ver el lado**

**bueno de las cosas:**

- 0 Tanto como siempre
- 1 No tanto ahora
- 2 Mucho menos
- 3 No, no he podido

**2. He mirado el futuro con placer:**

- 0 Tanto como siempre
- 1 Algo menos de lo que solía hacer
- 2 Definitivamente menos
- 3 No, nada

**3. Me he culpado sin necesidad cuando las cosas no salían bien:**

- 3 Sí, la mayoría de las veces
- 2 Sí, algunas veces
- 1 No muy a menudo
- 0 No, nunca

**4. He estado ansiosa y preocupada sin motivo:**

- 0 No, para nada
- 1 Casi nada
- 2 Sí, a veces
- 3 Sí, a menudo

**5. He sentido miedo y pánico sin motivo alguno:**

- 3 Sí, bastante
- 2 Sí, a veces
- 1 No, no mucho
- 0 No, nada

**6. Las cosas me oprimen o agobian:**

- 3 Sí, la mayor parte de las veces
- 2 Sí, a veces
- 1 No, casi nunca
- 0 No, nada

**7. Me he sentido tan infeliz que he tenido dificultad para dormir:**

- 3 Sí, la mayoría de las veces
- 2 Sí, a veces
- 1 No muy a menudo
- 0 No, nada

**8. Me he sentido triste y desgraciada:**

- 3 Sí, casi siempre
- 2 Sí, bastante a menudo
- 1 No muy a menudo
- 0 No, nada

**9. He sido tan infeliz que he estado llorando:**

- 3 Sí, casi siempre
- 2 Sí, bastante a menudo
- 1 Sólo en ocasiones
- 0 No, nunca

**10. He pensado en hacerme daño a mí misma:**

- 3 Sí, bastante a menudo
- 2 A veces
- 1 Casi nunca
- 0 No, nunca

## 2. FICHA DE RECOLECCIÓN DE DATOS

N° historia clínica \_\_\_\_\_

### FACTORES SOCIODEMOGRÁFICOS

Edad \_\_\_\_\_

#### Estado civil

Soltera ( ) conviviente ( ) Casada ( ) Divorciada ( ) Viuda ( )

#### Nacionalidad

Peruana ( ) Extranjera ( ) Procedencia \_\_\_\_\_

Ciudad ( ) Provincia ( )

#### Educación

Ninguna ( ) Primaria ( ) Secundaria incompleta ( ) Secundaria completa ( )  
Técnica incompleta ( ) Técnica completa ( ) Universitaria incompleta ( ) Universitaria completa ( )

#### Ocupación

Estudiante ( ) Ama de casa ( ) Trabajadora Dependiente ( ) Trabajadora Independiente ( )

### FACTORES OBSTÉTRICOS

G \_\_\_ P \_\_\_\_\_ n de controles prenatales \_\_\_\_\_ vía de parto \_\_\_\_\_

#### Complicaciones obstétricas

- |                                   |        |        |
|-----------------------------------|--------|--------|
| 1. Diabetes Gestacional           | SI ( ) | NO ( ) |
| 2. Preeclamsia                    | SI ( ) | NO ( ) |
| 3. ITU                            | SI ( ) | NO ( ) |
| 4. Anemia                         | SI ( ) | NO ( ) |
| 5. Amenaza de aborto              | SI ( ) | NO ( ) |
| 6. hemorragia segunda mitad       | SI ( ) | NO ( ) |
| 7. Ruptura prematura de membranas | SI ( ) | NO ( ) |
| 8. Colestasis intrahepática       | SI ( ) | NO ( ) |
| 9. RCIU                           | SI ( ) | NO ( ) |
| 10. Sufrimiento fetal agudo       | SI ( ) | NO ( ) |
| 11. OTRAS: _____                  |        |        |

### 3. CUESTIONARIO DE FACTORES PSICOSOCIALES

<b>FACTORES FAMILIARES</b>	<b>SI</b>	<b>NO</b>
1.¿Procede de familia tipo nuclear? (conformado por madre, padre e hijos)		
2.¿Procede de familia monoparental? (conformado sólo por papá o por mamá e hijos)		
3.¿La familia la apoyó emocionalmente durante el embarazo?		
4.¿Ha sido víctima de violencia psicológica (malos tratos, insultos) durante su niñez o adolescencia por algún miembro de su familia?		
5.¿Ha sido víctima de violencia física durante su niñez o adolescencia por algún miembro de su familia?		
<b>FACTORES CONYUGALES</b>	<b>SI</b>	<b>NO</b>
6.¿La relación con su pareja es buena?		
7.¿La relación con la pareja es regular?		
8.¿La relación con la pareja es mala?		
9.¿Recibe apoyo económico por su pareja actual?		
10.¿Ha sufrido de violencia física por su pareja actual?		
11.¿Ha sufrido de violencia psicológica (malos tratos, insultos) por su pareja actual?		
<b>FACTORES PERSONALES</b>	<b>SI</b>	<b>NO</b>
12.¿Deseaba usted quedar embarazada?		
13.¿El embarazo fue resultado de una relación sexual con su consentimiento o permiso?		
<b>FACTORES RELACIONADOS A LA SALUD</b>	<b>SI</b>	<b>NO</b>
14.¿Consumió tabaco durante la gestación?		
15.¿Consumió alcohol durante la gestación?		
16.¿Consumió drogas durante la gestación?		
<b>FACTORES CORRESPONDIENTES A LA PANDEMIA POR COVID-19</b>	<b>SÍ</b>	<b>NO</b>

17.¿Ha sido contagiada de COVID-19 en algún momento durante su embarazo?		
18.¿Algún ser querido (familiar o amigo cercano) ha sido contagiado de COVID-19?		
19.¿Algún ser querido (familiar o amigo cercano) ha fallecido a causa de COVID-19?		
20.¿Su economía se ha visto afectada a causa de la pandemia COVID-19?		
21.¿Ha tenido problemas para realizar sus controles prenatales de manera regular por la pandemia COVID-19?		

## ANEXO 12: VALIDACIÓN POR JUICIO DE EXPERTOS, HERNANDEZ-NIETO, 2002

### INDICADORES:

<b>Redacción y terminología:</b>	Si la sintaxis y la terminología empleadas son apropiadas
<b>Claridad Conceptual:</b>	Hasta qué punto el enunciado del ítem no genera confusión o contradicciones
<b>Relevancia :</b>	el ítem es relevante para cumplir con las preguntas y objetivos de la investigación
<b>Pertinencia:</b>	Grado de correspondencia entre el enunciado del ítem y lo que se pretende medir

### ESCALA DE VALORES:

1= Inaceptable 2= Deficiente 3= Regular 4= Bueno 5=Excelente

<b>INTERPRETACIÓN - RELEVANCIA</b>	a. Menor que 0.60, validez y concordancia inaceptables
	b. Igual o mayor de 0.60 y menor o igual que 0.70, validez y concordancia deficientes
	c. Mayor que 0.71 y menor o igual que 0.80, validez y concordancia aceptables
	d. Mayor que 0.80 y menor o igual que 0.90, validez y concordancia buenas
	e. Mayor que 0.90, validez y concordancia excelentes

### JUECES:

	NOMBRE Y APELLIDOS	DNI	GRADO ACADÉMICO	ESPECIALIDAD	CARGO	INSTITUCIÓN
JUEZ 1	PABLO ADAN BUSTAMANTE	<a href="#">8715995</a>	MÉDICO CIRUJANO	PSIQUIATRA	COORDINADOR	UNIVERSIDAD RICARDO PALMA
JUEZ 2	ERMES MANCO ÁVILA	<a href="#">15391568</a>	PSICÓLOGA CLÍNICA	FORENSE Y CRIMINOLOGÍA	PSICÓLOGA	INSTITUTO NACIONAL MATERNO PERINATAL
JUEZ 3	MARCOS ESPINOLA SÁNCHEZ	<a href="#">43525806</a>	MAGÍSTER	INVESTIGADOR CLÍNICO	MÉDICO INVESTIGADOR	INSTITUTO NACIONAL MATERNO PERINATAL



## VALORACIÓN POR ITEM

PREGUNTA/ITEM	JUECES			Coeficiente de Validación de Contenido				
	J1	J2	J3	Sx1	Mx	CVCi	Pei	CVC1c
Pregunta 1	5	5	5	15	3	1	0.037037	0.962963
Pregunta 2	4	5	5	14	2.8	0.9333333	0.037037	0.8962963
Pregunta 3	5	5	5	15	3	1	0.037037	0.962963
Pregunta 4	5	5	5	15	3	1	0.037037	0.962963
Pregunta 5	5	5	5	15	3	1	0.037037	0.962963
Pregunta 6	5	5	5	15	3	1	0.037037	0.962963
Pregunta 7	4	5	5	14	2.8	0.9333333	0.037037	0.8962963
Pregunta 8	4	5	5	14	2.8	0.9333333	0.037037	0.8962963
Pregunta 9	5	5	5	15	3	1	0.037037	0.962963
Pregunta 10	5	5	5	15	3	1	0.037037	0.962963
Pregunta 11	5	5	5	15	3	1	0.037037	0.962963
Pregunta 12	5	5	5	15	3	1	0.037037	0.962963
Pregunta 13	4	5	5	14	2.8	0.9333333	0.037037	0.8962963
Pregunta 14	5	5	5	15	3	1	0.037037	0.962963
Pregunta 15	5	5	5	15	3	1	0.037037	0.962963
Pregunta 16	5	5	5	15	3	1	0.037037	0.962963
Pregunta 17	5	5	5	15	3	1	0.037037	0.962963
Pregunta 18	5	5	5	15	3	1	0.037037	0.962963
Pregunta 19	5	5	5	15	3	1	0.037037	0.962963
Pregunta 20	5	5	5	15	3	1	0.037037	0.962963
Pregunta 21	5	5	5	15	3	1	0.037037	0.962963
PROMEDIO								0.9502646

*Evaluación del coeficiente de validación del instrumento mediante Hernández- Nieto*

Sx1: Sumatoria total

Mx: Promedio

CVCi: Coeficiente validez de cada ítem

Pei: Probabilidad de error

CVCic: Coeficiente de Validez de Contenido Insegado Corregido

$$CVCt = CVCi - Pei = CVCi - \left(\frac{1}{J}\right)^j$$

### VALORACIÓN GLOBAL:

	REDACCIÓN Y TERMINOLOGÍA	CLARIDAD CONCEPTUAL	RELEVANCIA	PERTINENCIA	TOTAL
--	--------------------------	---------------------	------------	-------------	-------

<b>COEFICIENTE DE VALIDACIÓN DE CONTENIDO</b>	0.9508418	0.9508418	0.9508418	0.9508418	0.9508418
---	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------

**ANEXO 12: BASES DE DATOS (EXCEL, SPSS), O EL LINK A SU BASE DE DATOS SUBIDA EN EL INICIB-URP.**

La base de datos en formato SPSS será adjuntada en el correo junto a la tesis