



UNIVERSIDAD RICARDO PALMA

FACULTAD DE MEDICINA HUMANA

ESCUELA PROFESIONAL DE MEDICINA HUMANA

**Factores asociados al riesgo de depresión postparto valorada por la
Escala de Depresión Postnatal de Edimburgo en puérperas adultas
atendidas por teleconsulta en el Instituto Nacional Materno Perinatal
en el año 2020**

MODALIDAD DE OBTENCIÓN: SUSTENTACIÓN DE TESIS VIRTUAL

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

AUTORA

Bach. Villanueva Basilio, Astrid Jazmin (ORCID: 0000-0002-4596-5442)

ASESOR

Mg. Roque Quezada, Juan Carlos Ezequiel (ORCID: 0000-0002-1886-0426)

Lima, 2022

Metadatos Complementarios

Datos de autor

AUTOR: Bach.Villanueva Basilio, Astrid Jazmin

Tipo de documento de identidad del AUTOR: DNI

Número de documento de identidad del AUTOR: 75807972

Datos de asesor

ASESOR: Mg. Roque Quezada, Juan Carlos Ezequiel

Tipo de documento de identidad del ASESOR: DNI

Número de documento de identidad del ASESOR: 45914991

Datos del jurado

PRESIDENTE: MC. Arango Ochante, Pedro Mariano

Documento Nacional de Identidad: N° 09807139

Orcid: 0000-0002-3267-1904

MIEMBRO: MC. Castro Salazar, Bertha Teresa

Documento Nacional de Identidad: N° 08601141

Orcid: 0000-0001-9686-5997

MIEMBRO: Mg. Torres Malca, Jenny Raquel

Documento Nacional de Identidad: N° 40602320

Orcid: 0000-0002-7199-8475

Datos de la investigación

Campo del conocimiento OCDE: 3.02.27

Código del Programa: 912016

DEDICATORIA

A mis padres, Roger y Alejandra por su apoyo infinito para lograr mi más grande sueño y por ser mi gran inspiración.

A mis hermanas, Brizet y Claribel por compartir su alegría conmigo y apoyarme en los momentos de adversidad.

A mis abuelitas, María y Teofila por sus sabios consejos. A mis abuelitos, Calixto y Lorenzo por ser mis ángeles que me cuidan mucho. En especial a mi abuelito Lorenzo, que en vida, confío en mí desde el inicio de la carrera, acompañándome y motivándome en mis horas de estudio.

AGRADECIMIENTOS

Primero agradecer a Dios, por iluminarme y brindarme salud en todo momento para la realización de este trabajo de investigación.

Agradezco a mi familia por haberme dado ánimo para seguir adelante y no rendirme en los momentos más difíciles, por haber creído en que iba a lograr este proyecto. Igualmente a mi enamorado por su apoyo constante y cariño sincero.

Quiero agradecer al Instituto Nacional Materno Perinatal, en especial al Comité de investigación por haberme brindado acceso a la información para la realización de esta investigación.

Finalmente agradezco a mi asesor de tesis, Mg. Juan Carlos Ezequiel Roque Quezada por su compromiso y conocimiento para la realización de este proyecto; así como, al director de tesis, Dr. De La Cruz Vargas, Jhony A. quien con su disponibilidad y experiencia hicieron posible el logro de esta meta.

RESUMEN

Introducción: El riesgo de la presencia de depresión durante la etapa del puerperio, suele ser una afección probable durante el postparto, que conlleva a situaciones en las que se genere dificultades en la relación madre e hijo, vulnerando su bienestar.

Objetivo: Determinar los factores asociados al riesgo de depresión postparto en puérperas adultas atendidas por Teleconsulta en el Instituto Nacional Materno Perinatal en el año 2020.

Métodos: Estudio de tipo cuantitativo, observacional, analítico, transversal. La población está conformada por 2000 puérperas mayores de 17 años y menores de 37 años, tomando como muestra a 184 mujeres en puerperio atendidas por Teleconsulta en el Instituto Nacional Materno Perinatal en el año 2020. Se empleó como instrumento a la Escala de Depresión Postnatal de Edimburgo (EPDS) validada al español para valorar el riesgo de depresión postparto.

Resultados: Se encontró un 70,1% de puérperas que no presentan riesgo de depresión postparto y un 29,9% de puérperas que presentan riesgo de depresión postparto. Se encontró una asociación estadísticamente significativa para las variables violencia familiar (OR 3,4; p -valor 0,026; IC95% 1,1-10,5) y antecedente de depresión postparto (OR 3,7; p -valor 0,005; IC95% 1,4-9,4).

Conclusiones: La presencia de violencia familiar y el antecedente de depresión previa son factores asociados al riesgo de depresión postparto en puérperas adultas atendidas por Teleconsulta en el Instituto Nacional Materno Perinatal en el año 2020.

Palabras clave (DeCS): *depresión postparto, puérperas, Teleconsulta*

ABSTRACT

Introduction: The risk of the presence of depression during the puerperium stage is usually a probable condition during the postpartum period, which leads to situations in which difficulties are generated in the mother-child relationship, violating their well-being.

Objective: To determine the factors associated with the risk of postpartum depression in adult puerperal women attended by Teleconsultation at the National Maternal Perinatal Institute in 2020.

Methods: Quantitative, observational, analytical, cross-sectional study. The population is made up of 2000 postpartum women over 17 years of age and under 37 years of age, taking as a sample 184 postpartum women attended by Teleconsultation at the National Maternal Perinatal Institute in 2020. The Postnatal Depression Scale of Edinburgh (EPDS) validated in Spanish to assess the risk of postpartum depression.

Results: We found 70.1% of puerperal women who do not present risk of postpartum depression and 29.9% of puerperal women who present risk of postpartum depression. A statistically significant association was found for the variables family violence (OR 3.4; p-value 0.026; CI95% 1.1-10.5) and history of postpartum depression (OR 3.7; p-value 0.005; CI95% 1.4-9.4).

Conclusions: The presence of family violence and a history of previous depression are factors associated with the risk of postpartum depression in adult puerperal women attended by Teleconsultation at the National Maternal Perinatal Institute in 2020.

Keywords (MeCS): postpartum depression, puerperal women, Teleconsultation

ÍNDICE

INTRODUCCIÓN	10
CAPÍTULO I: PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN	
1.1. DESCRIPCIÓN DE LA REALIDAD PROBLEMÁTICA: PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	11
1.2. FORMULACIÓN DEL PROBLEMA.....	12
1.3. LÍNEA DE INVESTIGACIÓN NACIONAL Y DE LA URP VINCULADA.....	13
1.4. JUSTIFICACIÓN DE LA INVESTIGACIÓN.....	13
1.5. DELIMITACIÓN DEL PROBLEMA.....	14
1.6. OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN.....	15
1.6.1 OBJETIVO GENERAL.....	15
1.6.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	15
CAPÍTULO II: MARCO TEÓRICO	
2.1. ANTECEDENTES DE LA INVESTIGACIÓN.....	17
2.1.1. ANTECEDENTES INTERNACIONALES.....	17
2.1.2. ANTECEDENTES NACIONALES.....	22
2.2. BASES TEÓRICAS.....	26
2.3. DEFINICIÓN DE CONCEPTOS OPERACIONALES.....	36
CAPÍTULO III: HIPÓTESIS Y VARIABLES	
3.1. HIPÓTESIS: GENERAL, ESPECÍFICAS.....	38
3.2. VARIABLES PRINCIPALES DE INVESTIGACIÓN.....	39
CAPÍTULO IV: METODOLOGÍA	
4.1. TIPO Y DISEÑO DE INVESTIGACIÓN.....	40
4.2. POBLACIÓN Y MUESTRA.....	40
4.2.1. POBLACIÓN.....	40
4.2.2. MUESTRA.....	40
4.2.2.1. TAMAÑO MUESTRAL.....	40
4.2.2.2. TIPO DE MUESTREO.....	40
4.2.2.3. CRITERIOS DE SELECCIÓN DE LA MUESTRA.....	41

4.3. OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES.....	41
4.4. TÉCNICAS E INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS.....	43
4.5. RECOLECCIÓN DE DATOS.....	44
4.6. TÉCNICA DE PROCESAMIENTO Y ANÁLISIS DE DATOS.....	45
4.7. ASPECTOS ÉTICOS.....	46

CAPÍTULO V: RESULTADOS Y DISCUSIÓN

5.1. RESULTADOS.....	47
5.2. DISCUSIÓN DE RESULTADOS.....	61

CAPÍTULO VI: CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

6.1. CONCLUSIONES.....	65
6.2. RECOMENDACIONES.....	66

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	68
--	-----------

ANEXOS

ANEXO 1: ACTA DE APROBACIÓN DEL PROYECTO DE TESIS

ANEXO 2: CARTA DE COMPROMISO DEL ASESOR DE TESIS

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

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

ANEXO 5: ACTA DE APROBACIÓN DEL BORRADOR DE TESIS

ANEXO 6: REPORTE DE ORIGINALIDAD DEL TURNITIN

ANEXO 7: CERTIFICADO DE ASISTENCIA AL CURSO TALLER

ANEXO 8: MATRIZ DE CONSISTENCIA

ANEXO 9: OPERACIONALIZACION DE VARIABLES

ANEXO 10: FICHA DE RECOLECCIÓN DE DATOS E INSTRUMENTO UTILIZADO

ANEXO 11: BASES DE DATOS (SPSS)

LISTA DE TABLAS

Tabla 1. Análisis estadístico de la distribución de frecuencias de las variables de las puérperas atendidas por Teleconsulta en el Instituto Nacional Materno Perinatal en el año 2020.

Tabla 2: Porcentaje según el nivel de riesgo de depresión en puérperas atendidas por Teleconsulta en el Instituto Nacional Materno Perinatal en el año 2020.

Tabla 3. Análisis univariado de cuantitativas en puérperas atendidas por Teleconsulta atendidas en el Instituto Nacional Materno Perinatal en el año 2020.

Tabla 4. Análisis bivariado de las variables y el riesgo de depresión postparto en puérperas atendidas por Teleconsulta atendidas en el Instituto Nacional Materno Perinatal en el año 2020.

Tabla 5. Análisis multivariado de las variables y el riesgo de depresión postparto en puérperas atendidas por Teleconsulta atendidas en el Instituto Nacional Materno Perinatal en el año 2020.

Tabla 6. Análisis de asociación entre la variable edad y riesgo de depresión postparto.

Tabla 7. Análisis de asociación entre la variable estado civil y riesgo de depresión postparto.

Tabla 8. Análisis de asociación entre la variable estado laboral y riesgo de depresión postparto.

Tabla 9. Análisis de asociación entre la variable paridad y riesgo de depresión postparto.

Tabla 10. Análisis de asociación entre la variable abortos previos y riesgo de depresión postparto.

Tabla 11. Análisis de asociación entre la variable complicaciones obstétricas y riesgo de depresión postparto.

Tabla 12. Análisis de asociación entre la variable violencia familiar y riesgo de depresión postparto.

Tabla 13. Análisis de asociación entre la variable antecedente de depresión previa y riesgo de depresión postparto.

INTRODUCCIÓN

Según la OMS, la depresión postparto es un trastorno emocional que afecta a 1 de cada 6 mujeres que dan a luz¹. En el Perú, existen ciertos estudios realizados en la ciudad de Lima, que datan de un 31,4% y 34% para depresión postparto². Según la DSM-5, la depresión postparto puede tener efectos adversos a corto o largo plazo tanto para la madre como para el recién nacido y su familia³. Caracterizándose por la presencia de tristeza persistente, pérdida del interés de las actividades que disfruta y así como, incapacidad para realizar las actividades cotidianas por lo menos 2 semanas¹. Existen diversos factores que contribuyen a episodios de depresión en las mujeres en etapa puerperal, como los factores genéticos, hormonales o ambientales⁴, que se pueden prevenir si se tiene conocimiento y atención oportuna.

Es importante destacar que las mujeres que están en postparto también son vulnerables en la pandemia por COVID-19, sobre todo las mujeres primíparas. Es por ello, que la atención por Teleconsulta ginecológica, es una gran alternativa para el monitoreo constante de la madre, evitando la exposición al contagio; pero, aunque sea una novedosa tecnología presenta limitaciones.

CAPÍTULO I: PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN

1.1 DESCRIPCIÓN DE LA REALIDAD PROBLEMÁTICA: PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

La depresión postparto es un trastorno mental emocional severo, que según la OMS afecta a 1 de cada 6 mujeres que dan a luz¹. La incidencia a nivel mundial data de un 15% y a nivel latinoamericano, puede alcanzar un 56% en países como México y Estados Unidos durante los primeros 4 meses tras el nacimiento de su bebé³. En el Perú, las cifras alcanzaron un 34% y un 31,4% en Hospitales de Lima Metropolitana y en provincia, tal como Arequipa².

Según el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM-5), la depresión postparto se incluye dentro de la denominación de trastorno depresivo durante el período perinatal, siendo un trastorno que puede tener efectos adversos a corto o largo plazo tanto para la madre como para el recién nacido y su familia³. Se caracteriza por la presencia de tristeza persistente, pérdida del interés e incapacidad para realizar las actividades cotidianas en por lo menos 2 semanas¹. Aunque no existe una causa definida, existen diversos factores que contribuyen a episodios de depresión en las mujeres en etapa puerperal, como los factores genéticos, hormonales o ambientales, destacando las exigencias físicas y emocionales de tener hijos y del cuidado de un nuevo bebé, acontecimientos de estrés en su vida como las exigencias laborales o episodios traumáticos anteriores, como el caso de los abortos o acontecimiento de violencia, y así como, los cambios hormonales durante el embarazo y durante la etapa postparto⁴.

Estudios como el de Gonzales et al. en Cuba, afirma que factores como el de tener estado civil soltera, tener dos hijos, antecedente de depresión previa o antecedente de violencia en el embarazo o después de este, son factores de riesgo para depresión postparto⁵. Así como, en el estudio de Abadiga en Etiopía, evidencia que factores tales como ser madre por primera vez, historia de depresión previa, apoyo social deficiente, violencia doméstica, embarazo no planificado y uso de sustancias tienen una relación significativa con la depresión en mujeres en etapa puerperal⁶. En Perú, el estudio de Cordova en Piura, dice que los factores relacionados a depresión postparto son el tener una edad de 18 a 34 años, estado civil soltera, primaria, abortos previos, no sentirse capaz de cuidar a su bebé

y depresión previa y de depresión postparto⁷. Así mismo, en el estudio de Young en Lima, hallaron una relación entre los factores como el estado civil, hijos previos, abortos previos, menos de 6 controles prenatales, episodio previo depresivo antes y durante la gestación, discusión con la pareja durante la gestación y violencia familiar por parte de la pareja⁸.

Por otro lado, la expansión acelerada de la enfermedad por coronavirus 2019 (COVID-19) ha causado gran impacto en la salud a nivel global. En el Perú se decretó necesario el aislamiento social obligatorio y suspensión de las actividades laborales, lo cual generó un impacto en la salud mental de los peruanos y sobre todo en etapa perinatal y postnatal, aumentando el riesgo de estrés, ansiedad y depresión. En países como Irán, se documentó durante la pandemia por COVID-19, que las gestantes manifestaron preocupación principalmente en sus controles prenatales; en el caso de China, se encontró que después de la declaración del brote del COVID-19, se registró un 34,2% de depresión postparto, siendo su población más vulnerable las mujeres primíparas, además, se reportó que la población más vulnerable fueron las mujeres que tenían riesgo normal o depresión leve².

Al realizar la búsqueda bibliográfica, se encontró estudios nacionales sobre el tema, por lo que el presente estudio se propone en buscar la asociación entre los factores de riesgo para la depresión postparto en puérperas adultas atendidas por Teleconsulta en el Instituto Nacional Materno Perinatal en el año 2020, con el fin de una vez obtenido los resultados valorar su importancia e influencia para el riesgo de depresión y de la misma manera buscar soluciones que disminuyan la frecuencia de ciertos factores que influyen para la ocurrencia de la depresión, evitando posteriores consecuencias.

1.2 FORMULACIÓN DEL PROBLEMA

¿Cuáles son los factores asociados al riesgo de depresión postparto en puérperas adultas atendidas por Teleconsulta en el Instituto Nacional Materno Perinatal en el año 2020?

1.3 LÍNEA DE INVESTIGACIÓN NACIONAL Y DE LA URP VINCULADA

Esta investigación considera a las Prioridades Nacionales de Investigación en Salud en Perú 2019-2023 realizado por el Instituto Nacional de Salud y aprobado en la Resolución Ministerial N°658-2019/MINSA, cuya línea de investigación se encuentra en el “ítem causas, determinantes (factores biológicos, de comportamiento, sociales o ambientales, derechos y variables del sistema sanitario) y repercusiones de la morbilidad materna extrema y mortalidad materna perinatal, incluyendo edades extremas del ápice 9 del problema sanitario Salud materna, perinatal y neonatal; así como, en el ítem factores asociados en la depresión, violencia, las conductas adictivas, la psicosis y las demencias, en las diferentes etapas de vida del ápice 10 del problema sanitario Salud mental”⁹.

1.4 JUSTIFICACIÓN DE LA INVESTIGACIÓN

De acuerdo a lo mencionado, se da inicio a este trabajo de investigación debido al impacto que la depresión trae consigo en las mujeres en el periodo de puerperio, tal estudio podría ser una pieza representativa fundamental tanto a nivel de prevención como de intervención, pues permite identificar a las pacientes con riesgo, que por más que presenten síntomas leves, son señales de alarma para los profesionales de salud que están en contacto con ellas; de la misma manera es útil conocer la problemática de fondo de cada paciente, ya que diversas situaciones que afronte van a tener influencia en el periodo postparto, debido a que es una etapa donde se presentan muchos cambios tanto hormonales como psicológicos en la madre y a ello sumado a la responsabilidad del cuidado del recién nacido, que puede ocasionar diversos conflictos internos en ella para poder habituarse a esta nueva etapa. Además, en estos tiempos de pandemia por COVID-19, se asumió una cuarentena sobre todo para las gestantes y los niños, debido a que están dentro de la población con mayor riesgo de contagio; este periodo generó en muchas de las madres cambios en su familia, en su manera de vivir influyendo en su estado emocional, generando desesperanza de un futuro bienestar; ocasionando vulnerabilidad de presentar episodios depresivos con alteración de su bienestar físico y psicológico, que puede llegar en casos graves a ideas suicidas. El tener una nueva modalidad de atención a los pacientes, como es la Teleconsulta, que reemplaza a las citas médicas presenciales, también de cierta forma a generado expectativa en las pacientes, considerando que no todas cuentan con la disposición a la red de internet para contactarse con su médico,

generando un impacto en la interacción médico - paciente para informar sobre sus dudas durante el embarazo o del cambio posterior al parto; generando inestabilidad emocional para manejar actividades que involucran a la madre e hijo.

A pesar de que no existen muchos estudios sobre el tema, con respecto a la atención por Teleconsulta, esto genera un desafío en la presente investigación, para detectar a tiempo el riesgo de depresión en mujeres en puerperio en tiempos de confinamiento por Covid-19. Con los resultados que se obtuvieron en este estudio se planea proporcionar esta información al Instituto Nacional Materno Perinatal para que sea de su conocimiento y que con ello pueda analizar las posibilidades de aplicar la Escala de Depresión Postnatal de Edimburgo, como método preventivo, lo cual permitirá identificar a las mujeres en puerperio que tengan mayor necesidad de una valoración diagnóstica más completa; además, de fomentar la planificación de charlas o sesiones virtuales brindadas a las gestantes y madres en puerperio con respecto a los cambios y riesgos que implica el inicio a una nueva etapa como madre en tiempos de pandemia.

1.5 DELIMITACIÓN DEL PROBLEMA

Delimitación espacial: El presente proyecto de tesis se implementó en el Instituto Nacional Materno Perinatal que está en el nivel III-2 de complejidad, en el área de Ginecología – Obstetricia a través de Teleconsulta. Ubicado en el Jirón Miro Quesada 941, Cercado de Lima, Perú.

Delimitación temporal: El trabajo se dio por inicio el 23 de septiembre del 2020 y finalizó el 28 de mayo del 2022; por lo que se requirió 4 meses para la ejecución del proyecto de tesis y se requirió de 15 meses para la recolección de datos, elaboración de tesis y proceso de sustentación.

Delimitación social: El grupo social para este proyecto fue todas las pacientes mujeres en puerperio atendidas por el servicio de Teleconsulta en el Instituto Nacional Materno Perinatal en el año 2020.

1.6 OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN

1.6.1 GENERAL

Determinar los factores asociados al riesgo de depresión postparto en puérperas adultas atendidas por Teleconsulta en el Instituto Nacional Materno Perinatal en el año 2020.

1.6.2 ESPECÍFICOS

- Determinar la asociación entre la edad y el riesgo de depresión postparto en puérperas adultas atendidas por Teleconsulta en el Instituto Nacional Materno Perinatal en el año 2020.
- Determinar la asociación entre el estado civil y el riesgo de depresión postparto en puérperas adultas atendidas por Teleconsulta en el Instituto Nacional Materno Perinatal en el año 2020.
- Determinar la asociación entre el estado laboral y el riesgo de depresión postparto en puérperas adultas atendidas por Teleconsulta en el Instituto Nacional Materno Perinatal en el año 2020.
- Determinar la asociación entre la paridad y el riesgo de depresión postparto en puérperas adultas atendidas por Teleconsulta en el Instituto Nacional Materno Perinatal en el año 2020.
- Determinar la asociación entre los abortos previos y el riesgo de depresión postparto en puérperas adultas atendidas por Teleconsulta en el Instituto Nacional Materno Perinatal en el año 2020.
- Determinar la asociación entre las complicaciones obstétricas y el riesgo de depresión postparto en puérperas adultas atendidas por Teleconsulta en el Instituto Nacional Materno Perinatal en el año 2020.

- Determinar la asociación entre la violencia familiar y el riesgo de depresión postparto en puérperas adultas atendidas por Teleconsulta en el Instituto Nacional Materno Perinatal en el año 2020.
- Determinar la asociación entre el antecedente de depresión previa y el riesgo de depresión postparto en puérperas adultas atendidas por Teleconsulta en el Instituto Nacional Materno Perinatal en el año 2020.

CAPÍTULO II: MARCO TEÓRICO

2.1 ANTECEDENTES DE LA INVESTIGACIÓN

2.1.1 ANTECEDENTES INTERNACIONALES

Abadiga en su estudio “Magnitude and associated factors of postpartum depression among women in Nekemte town, East Wollega zone, west Etiopia, 2019: A community-based study, en Etiopia del año 2019, realizó un estudio de tipo descriptivo transversal, para evaluar la magnitud y los factores asociados de la depresión postparto, en 287 mujeres en postparto del 15 de mayo al 5 de junio del 2019, utilizando la Escala de Depresión Postparto de Edimburgo (EPDS), la Escala de Satisfacción Matrimonial de Kansas de 3 ítems y la Escala de Apoyo Social de Oslo. Los hallazgos que se obtuvieron fueron que un 20,9% de las mujeres habían desarrollado depresión en el postparto, además, se evidenció una relación significativa con el embarazo no planificado (OR=7.84; p=0,000; IC95%: 3,19-19,26), ser madre por primera vez (OR=4.99; p=0,007; IC95%: 1,54-16,09), historia de depresión previa (OR=3.06; p=0,03; IC95%: 1,06-8,82), violencia doméstica (OR=5.92; p=0,000; IC95%: 2,44-14,40), antecedentes de uso de sustancias (OR=3.95; p=0,005; IC95%: 1,52-10,30) y apoyo social deficiente (OR=6.59; p=0,001; IC95%: 2,25-19,29); concluyendo que en su estudio existe una magnitud moderada de depresión postparto y recomienda que en los servicios de salud materna se deben inducir la detección e intervención de la depresión perinatal”⁶.

Al Nasr et al. en su estudio “Prevalence and predictors of postpartum depression in Riyadh, Saudi Arabia: A cross sectional study, en Arabia Saudita del año 2020, realizaron un estudio de tipo descriptivo transversal, para determinar la prevalencia de depresión postparto, en 174 madres que recibieron tratamientos en los hospitales de Riyadh, utilizando la versión árabe de la Escala de Depresión Postparto de Edimburgo. Entre los hallazgos, se obtuvo una prevalencia del 38,50% de depresión postparto, así mismo, se observó una asociación significativa con los predictores como el tener eventos vitales estresantes recientes (OR=2.677; p=0,005), un cónyuge no solidario (OR=4.53; p=0,049) y parto por cesárea (OR=1.958; p=0,049); concluyendo que en este estudio la prevalencia

de depresión postparto fue alta, así como, en los eventos de vida estresante reciente y pareja que no le apoya”¹⁰.

Daoud et al. en su estudio “Multiple forms of discrimination and postpartum depression among indigenous Palestinian-Arab, Jewish immigrants and non-immigrant Jewish mothers, en Israel del año 2019, realizaron un estudio de tipo descriptivo transversal, para evaluar las asociaciones entre las experiencias de discriminación de las mujeres y la depresión postparto, en 1128 madres entre 6 semanas y 6 meses después del parto que realizaban visitas a las clínicas de salud materno infantil entre octubre del 2014 y octubre del 2015, utilizando la Escala de Depresión Postnatal de Edimburgo y las medidas de discriminación (SFD, MFD, E-MFD y C-MFD). Entre los hallazgos se obtuvo una mayor prevalencia del 20,8% de depresión postparto en mujeres árabes palestinas, así mismo, se evidenció mayor prevalencia de depresión entre las mujeres de edad más joven, con menor nivel educativo, desempleadas y las que usaban antidepresivos, y con respecto a la relación con las medidas de discriminación, las mujeres árabes palestinas tenían SFD más alto basado en su identidad etnonacional (55,8%); por lo que se concluye, que se debe considerar a las formas de discriminación en la relación con la depresión postparto”¹¹.

Gan et al. en su estudio “The effect of perceived social support during early pregnancy on depressive symptoms at 6 weeks postpartum: a prospective study, en China del año 2019, realizaron un estudio de tipo analítico de cohorte, para analizar la asociación entre el bajo apoyo social percibido en el embarazo y los síntomas depresivos postparto, en 3310 mujeres que visitaron las clínicas prenatales en Shanghái entre el 2013 al 2016, mediante la Escala de Depresión Postparto de Edimburgo (EPDS) y el Instrumento de Apoyo Social ENRICHHD (ESSI); encontrando que el 11,45 de mujeres presenta síntomas depresivos en el postparto, asimismo, se evidenció una relación significativa del bajo apoyo social percibido y la depresión postparto en el Modelo I (OR=1.63) y un 77% de riesgo en el Modelo II (OR=1,77), también se halló relación con la situación económica (OR=1.9), nivel de salud muy bajo (OR=1.33) y muy baja calidad del sueño (OR=1.49); concluyendo que se debe realizar una intervención temprana para proteger a las mujeres contra la depresión si presentan síntomas a las 6 semanas postparto”¹².

González et al. en su artículo “Factores asociados a depresión posparto, en Cuba del año 2019, realizaron un estudio tipo cuantitativo transversal, para determinar la incidencia y los factores asociados a la aparición de depresión posparto, en 139 puérperas fisiológicas residentes de Bartolomé Masó de la provincia Granma en el último semestre del año 2018 utilizando como instrumento a la Escala de Depresión Posparto de Edimburgo y el diagnóstico definitivo de depresión posparto fue dado por el especialista en Psiquiatría; encontrando que el 13,66 % presentan riesgo de depresión posparto, y dentro de este el 12,23% fueron diagnosticadas por el psiquiatra con depresión posparto; además, se encontró que el tener una edad menor de 20 años (OR: 1,55), estado civil soltera (OR: 11,16), tener dos hijos (OR: 5,66), antecedente de depresión previa (OR: 5,45) y antecedente de violencia (fuera del embarazo actual OR: 2,16 y dentro del embarazo actual OR: 4,71), como factores de riesgo para la aparición de depresión posparto en el primer mes de haberse producido el parto; concluyendo que la depresión posparto es una enfermedad que puede prevenirse, que presenta morbilidad oculta y con mayor riesgo de ideación suicida, por lo que se considera un problema de salud que requiere mayor atención sanitaria”⁵.

Poles et al. en su estudio “Síntomas depresivos maternos no puerpérico inmediato: factores asociados, en Brasil del año 2018, realizaron un estudio epidemiológico y transversal, para investigar la prevalencia y los factores de riesgo, realizado en 1099 puérperas de las maternidades de los dos hospitales del municipio de enero a junio de 2012, a través de Escala de Depresión Postnatal de Edimburgo, aplicada al segundo día posparto y recolectando los datos de enero a junio del 2012; encontrando la presencia de síntomas depresivos en 6,7% de puérperas que se encuentran dentro de la edad de 26 años, con 1 embarazo, nacimiento y nacido vivo previo, 9 consultas prenatales y peso del recién nacido de 319 gramos, además se evidenció que el uso de medicamentos antidepresivos durante el embarazo (OR = 2.07, IC del 95% = 1,12-3,61), sufrir violencia durante el embarazo (OR = 4.06, IC 95% = 1.02-16.19) y someterse a una cesárea (OR = 2.07, IC 95% = 1.22- 3.53) están relacionados con la presencia de síntomas depresivos en el puerperio inmediato; concluyendo que las mujeres que usaron medicación antidepresiva en el embarazo, sufrieron algún tipo de violencia en el embarazo o se sometieron a cesárea están más expuestas a presentar síntomas depresivos, por lo que deben recibir una especial atención por parte del personal de salud materna”¹³.

Romero et al. en su estudio “Síntomatología depresiva en el postparto y factores psicosociales asociados, en Chile del año 2017, realizaron un estudio ex post facto de tipo retrospectivo, para conocer la frecuencia y los factores psicosociales asociados a la presencia de síntomas depresivos, en 154 mujeres que se encontraban de 0 a 12 meses del periodo postparto que acudieron a dos hospitales públicos de un estado del noreste de México, mediante un Cuestionario de Factores Psicosociales para Mujeres en Periodo Postparto y de la Escala de Depresión Postparto de Edimburgo (EPDS). Entre los hallazgos se encontró que el 16% presentó sintomatología depresiva, asimismo, los factores psicosociales fueron el estado civil de unión libre ($X^2=18.485$; $gl=4$; $p=0,001$), familiar con depresión ($X^2=9.55$; $gl=1$; $p=0.002$), haber sentido tristeza en el embarazo ($X^2=25.656$; $gl=1$; $p=0,000$), el haber tenido un acontecimiento vital estresante durante el embarazo ($X^2=6.494$; $gl=1$; $p=0,011$), consumir alcohol durante el embarazo ($X^2=9.025$; $gl=1$; $p=0,003$), presentar problema de salud mental ($X^2=10.429$; $gl=1$; $p=0,001$), insatisfacción corporal después del parto ($X^2=7.329$; $gl=1$; $p=0,007$), percibir mayor atención de la familia hacia el bebé ($X^2=10.912$; $gl=1$; $p=0,001$) y haber tenido tristeza en embarazos anteriores ($X^2=16.132$; $gl=1$; $p=0,000$); concluyendo que los factores psicosociales son importantes de reconocer en la atención primaria para poder crear estrategias de prevención en las instituciones de salud, recomendando el uso del EPDS desde el seguimiento prenatal de la madre y del Cuestionario de Factores Psicosociales para Mujeres en Periodo Postparto dentro de los primeros meses después del nacimiento del bebé para complementar los hallazgos obtenidos con el EPDS”¹⁴.

Roumieh et al. en su estudio “Prevalence and risk factors for postpartum depression among women seen at Primary Health Care Centres in Damascus, en Siria del año 2019, realizaron un estudio de tipo descriptivo transversal durante enero y diciembre del 2017, para identificar la prevalencia y los factores de riesgo de depresión entre las mujeres sirias atendidas en los Centros de Atención Primaria de Salud de Damasco, en el que participaron 1105 mujeres en postparto, utilizando la versión árabe de la Escala de Depresión Postparto de Edimburgo y teniendo como punto de corte a una puntuación de 13 para posible depresión; los hallazgos fueron un 28,2% presentaba probable depresión postparto, de igual manera, se evidenció una asociación entre las variables de tener un problema de salud informado durante el último embarazo ($OR=2,2$), desplazamiento ($OR=1,4$) y exposición a factores estresantes de la vida ($OR=5,04$) con la depresión postparto, siendo la atención prenatal ($OR=0,52$) un factor protector; concluyendo que en

las mujeres sirias la prevalencia de depresión postparto fue alta en comparación a otros países árabes o no árabes”¹⁵.

Shitu et al. en su estudio “Postpartum depression and associated factors among mothers who gave birth in the last twelve months in Ankesha district, Awi zone, North West Ethiopia, en Etiopía del año 2019, realizaron un estudio de tipo trasversal cuantitativo de base comunitaria en el distrito de Ankesha entre el 1 de febrero al 2 de marzo del 2018, para evaluar la prevalencia y los factores asociados, utilizando la Escala de Depresión Postparto de Edimburgo con un punto de corte un puntaje de ≥ 8 , la Encuesta de Demografía y salud de Etiopía (EDHS) 2016 y el Análisis de Componentes Principales (PCA) y el Manual diagnóstico y estadístico de trastornos mentales (DSM-5), en 596 madres en postparto en los últimos doce meses; encontrando una prevalencia de 23,7% de depresión postparto, asimismo, se evidenció que las madres divorciadas, viudas o solteras (OR=3,45), el embarazo no deseado (OR=1,95), sexo del lactante no preferido (OR=1,79), la enfermedad infantil (OR=2,08) y el bajo apoyo social (OR=3,16) son predictores para depresión postparto; por lo que se concluye que casi la cuarta parte de las mujeres en estudio padece de depresión postparto y que las enfermedades mentales son importantes en la atención de la salud materna e infantil”¹⁶.

Wassif et al. en su estudio “Assessment of Postpartum Depression and Anxiety among Females Attending Primary Health Care Facilities in Qaliubeya Governorate, Egypt, en Egipto del año 2019, realizaron un estudio de tipo trasversal, para medir la prevalencia de depresión y/o ansiedad y sus factores subyacentes, a través de la versión árabe del cuestionario del DASS-21 para evaluar depresión y ansiedad postparto en 500 mujeres en postparto que asistían a las instituciones de atención primaria de salud de la gobernación de Qaliubeya; obteniéndose que el 1,6% sufrieron solamente depresión postparto, un 10% tenía únicamente ansiedad y el 21,2% presentaba tanto ansiedad como depresión, asimismo, las mujeres que presentaban ansiedad y depresión estaban con una edad media de 25 a 26 años ($p=0,01$) y tenían un puntaje socioeconómico muy bajo (31.1 y 34.1; $p<0,05$), además se evidenció que existe una asociación entre historia pasada de condiciones similares y la actual prevalencia de trastornos postparto, así como, por la curva ROC se demostró que los niveles de progesterona ($\leq 4,6, \leq 11,3, \leq 2,8$) predicen de forma significativa la depresión sola, ansiedad sola y las enfermedades de manera conjunta; por lo que se concluye que un nivel socioeconómico muy bajo, bajos niveles

educativos, antecedentes de condiciones similares y niveles bajos de progesterona tienen predicción significativa para depresión postparto”¹⁷.

Meléndez et al. en su estudio “Depresión postparto y los factores de riesgo, en Venezuela del año 2017, realizaron un estudio de tipo prospectivo no experimental correlacional, para determinar la incidencia y la relación de los factores de riesgo con la depresión postparto en 592 puérperas adultas de más de 22 años y adolescentes de 13 a 21 años que acudieron al Hospital Materno Infantil Dr. José María Vargas de Carabobo en Venezuela en el año 2017, mediante la Escala de Depresión Postparto de Edimburgo. Los hallazgos fueron una incidencia de 65,54% de paciente sin depresión postparto y un 34,46% sin depresión, así mismo, las pacientes que presentaron mayor frecuencia de depresión postparto fueron las adolescentes con una frecuencia de 16,89% seguidas de las pacientes adultas jóvenes con un 12,16%, como también se encontró que el desempleo con un 76,92%, estrato social IV con un 67,30%, complicaciones obstétricas con un 70,19% y el embarazo no deseado con un 59,62% presentaban relación con depresión postparto, la correlación con la depresión postparto y las mujeres adultas jóvenes no fue estadísticamente significativa ($p=0,267$); por lo que concluye que hay una incidencia significativa de depresión postparto en la población puerperal encontrándose que las complicaciones obstétricas, el desempleo, el estrato social IV y el embarazo social están relacionados a depresión postparto en adolescentes, a diferencia de las mujeres adultas jóvenes quienes no presentan depresión postparto”¹⁸.

2.1.2 ANTECEDENTES NACIONALES

Campos en su investigación “Nivel de depresión postparto en puérperas atendidas en el hospital nacional dos de mayo de Lima-Perú, 2017, en Lima del año 2018, realizó un estudio de tipo descriptiva transversal, para determinar la prevalencia del nivel de depresión postparto en 138 puérperas que asistieron a los consultorios de pediatría e inmunizaciones en octubre y diciembre del 2017, mediante la Escala de Depresión Postparto de Edimburgo. Los hallazgos fueron una prevalencia de 59.4% de depresión postparto, de los que un 25,4% presento depresión menor y un 34% depresión mayor, así mismo, se evidenció que en la dimensión de disforia el 57,97% tenían niveles bajos, moderados y altos de depresión, en la dimensión ansiedad el 92,76% en diferentes niveles, en la dimensión sentimiento el de culpa 69,56% se presenta también en diferentes niveles,

en la dimensión dificultad de concentración la prevalencia fue de 72.06% y se presentaron una prevalencia de 12,78% de ideas suicidas en la dimensión de ideación suicida; por lo que concluye que las puérperas presentan depresión postparto en mayor y menor riesgo”¹⁹.

Cordova en su estudio “Factores asociados a depresión postparto en puérperas atendidas en Hospital II-2 Santa Rosa durante septiembre-diciembre, 2017, en Piura del año 2018, realizó un estudio de tipo descriptivo transversal, para determinar la prevalencia y los factores asociados, en 125 mujeres entre las 6 y 8 semanas postparto que acudían a los controles postnatales en el Hospital Santa Rosa en el año 2017, utilizando la Escala de Depresión Postparto de Edimburgo; encontrándose que el 34,4% de las puérperas presentaban depresión postparto, así mismo, los factores relacionados fueron la edad entre los 18 a 34 años (OR 1,62; p=0,013; IC95%: 1,01-1,99), ser soltera (OR 4,83; p=0,015; IC95%: 0,40-5,47), grado de instrucción analfabeta y primaria (OR 12,35; p<0,001; IC95%: 8,32-24,22), proceder de zona rural (OR 3,20; p<0,001; IC95%: 0,56-2,56), haber tenido abortos previos (OR 2,63; p<0,001; IC95%: 0,28-1,42), no sentirse capaz de cuidar a su bebé (OR 8,17; p<0,001; IC95%: 8,04-8,65), diagnóstico previo de depresión (OR 1,97; p=0,017; IC95%: 1,13-3,44) y depresión postparto (OR 1,07; p=0,015; IC95%: 1,01-1,12); concluyendo que en este estudio existe una prevalencia de 34,4% de mujeres con depresión postparto y recomienda que los hospitales puedan establecer programas de salud mental en las gestantes”⁷.

Quispe et al. en su estudio “Depresión postparto y factores gineco-obstétricos y sociodemográficos asociadas a puérperas en edad fértil ideal y edades extremas en el Servicio de Ginecología y Obstetricia del Hospital III Emergencias Grau de Lima, noviembre a diciembre del 2018, en Lima del año 2019, realizaron un estudio de tipo descriptivo transversal, para determinar la incidencia de depresión postparto en los factores gineco-obstétricos y sociodemográficos, mediante la Escala de Edimburgo para Depresión Postparto, en 468 pacientes que acudieron a su atención de parto; se encontró una incidencia de 10,3% de depresión postparto, además, se evidenció que las edades extremas (p=0,021) y la ocupación (p=0,036) son factores asociados a depresión postparto, así como, en las adolescentes la depresión se asocia al no vivir sola (p=0,028), la condición de divorcio del esposo (p=0,048) y el tipo de parto por cesárea (p=0,006);

concluyendo que los factores asociados con depresión postparto fueron las edades extremas, estado civil en condición de divorcio, vivir con familiares, la ocupación”²⁰.

Llirod en su estudio “Asociación entre gestación no planificada y depresión puerperal, en Trujillo del año 2018, realizó un estudio de tipo analítico de casos y controles, para determinar si existe asociación entre depresión puerperal y gestación no planificada en el Hospital Belén de Trujillo, mediante la Escala de Depresión de Postparto de Edimburgo más una hoja de recolección de datos, en 165 puérperas atendidas en el Servicio de Gineco-Obstétrica del Hospital Belén de Trujillo de agosto a octubre del 2016. Los hallazgos fueron que el 86,7% de todas las pacientes presentan gestación no planificada en relación a depresión postparto (OR=12.74), una frecuencia de 98,2% en el grupo de los casos y un 80.9% en el grupo control; por lo tanto, se concluye que existe una asociación significativa entre la gestación no planificada y la depresión puerperal”²¹.

Masías et al. en su estudio “Prevalencia de la depresión post parto en Arequipa, Perú, en Arequipa del año 2018, realizaron un estudio de tipo descriptivo, para determinar la prevalencia de depresión postparto, en 113 madres puérperas que estaban entre los 45 días y las 6 semanas después del parto, con controles prenatales y seguimiento en una posta de salud del distrito de Alto Selva Alegre de la ciudad de Arequipa, mediante la Escala de Depresión Postparto de Edimburgo; encontrando, que el 40,7% no presenta riesgo de depresión postparto, el 14,15% presenta riesgo y el 45,13% presenta síntomas de depresión postparto, asimismo, se encontró que no existe relación entre la edad de la madre y la depresión postparto, ni se halló diferencias con el tipo de parto y el estado civil, aunque se evidenció que el tener mayor grado de instrucción reduce el nivel de depresión postparto; concluyendo que en el distrito de Alto Selva Alegre, en la ciudad de Arequipa, existe una prevalencia elevada de depresión postparto y que su relación con el grado de instrucción se presenta de manera inversa”²².

Sánchez et al. en su estudio “Frecuencia de tendencias suicidas (suicidalidad) y factores asociados en mujeres durante el primer año postparto, en Lima del año 2017, realizaron un estudio descriptivo transversal, para estimar la frecuencia y relación con diversas variables, a través de un análisis de datos secundario de un trabajo realizado en el Hospital Cayetano Heredia en 321 mujeres de menos de 1 año de postparto que fueron captadas entre enero y agosto del año 1997 en los consultorios externos de planificación familiar

y pediatría (madres), en los que se evaluaron variables sociodemográficas, ginecológicas, clínico-psiquiátricas y de suicidalidad que fue medido por medio de la Entrevista Clínica Estructurada para DSM-IV; encontrando 15,58% de mujeres con tendencias suicidas durante el primer año postparto, asimismo, se evidenció que la depresión mayor (OR=14,52; $p<0,001$), el trastorno obsesivo-compulsivo (OR=3,96; $p=0,001$), el trastorno disfórico premenstrual (OR= 3,25; $p=0,002$) y el episodio maniaco o hipomaniaco previo (OR=2,12; $P=0,025$) que la presencia de suicidalidad tiene relación con la presencia de suicidalidad, además, se encontró una relación importante con el estar separada o divorciada (OR=6,96; $P=0,027$), abortos previos (OR=2,92; $p= 0,006$), lactancia materna (OR=0,15; $p=0,004$) y sueño menor de 6 horas (OR=5,34; $p=0,003$); concluyendo que la suicidalidad está relacionada a diversas variables que deben tomarse en cuenta al momento de la atención clínica focalizada o al llevar a cabo las intervenciones previas”²³.

Vega en su estudio “Estructura de la sintomatología depresiva en una muestra de mujeres con menos de un año postparto del año 2015, realizó un estudio de tipo analítico de casos y controles, para explorar la estructura de la sintomatología depresiva en mujeres en postparto, a través de la base de datos de un estudio que evaluó la frecuencia y factores relacionados a la depresión postparto, realizado en el Hospital Cayetano Heredia, con previa autorización de la Universidad Cayetano Heredia y de su Comité de Ética, por medio de la Entrevista Clínica Estructurada par el DSM-IV, a 321 mujeres deprimidas y no deprimidas, que cursaban el primer año de postparto; los hallazgos obtenidos fueron de que 5,92% de mujeres presentaba criterios de depresión mayor según DSM-IV, además, los síntomas asociados para el diagnóstico de depresión mayor fueron fatiga, tristeza, anhedonia, tendencias suicidas, hiporexia, dificultades de concentración, retardo psicomotor, sentimientos de culpa, agitación psicomotriz y pesadez de extremidades, pero la hipersomnia y el apetito elevado no guardan relación con la depresión mayor; se concluye que los síntomas principales en mujeres con menos de un año de postparto son fatiga, tristeza y anhedonia, no guardando relación la hipersomnia y el apetito elevado con el síndrome depresivo”²⁴.

Vásquez et al. en su estudio “Disfuncionalidad familiar y violencia familiar como factores de riesgo de depresión puerperal. Hospital Regional de Cajamarca, Perú. 2014, en Cajamarca del año 2017, realizaron un estudio de tipo observacional transversal

seccional, para determinar si la disfunción y la violencia familiar son factores asociados, en 144 puérperas, de las que se tuvo 48 casos y 96 controles, con parto atendido en el Hospital Regional de Cajamarca durante el año 2014, utilizando la Escala de Edimburgo y el APGAR familiar. Se encontró un 47,8% de frecuencia de violencia familiar en las pacientes con depresión puerperal y en las pacientes sin depresión puerperal la frecuencia fue de 18,8% (OR=3,7;p=0,01; IC95%: 1,7–7,9), asimismo, se evidenció que la disfuncionalidad familiar en pacientes con depresión postparto tiene una frecuencia de 72,9% y en puérperas sin depresión postparto es de 25% (OR=8,1; p=0,000; IC95%: 3,7–17,7), mientras que en las pacientes que presentaron y no presentaron depresión postparto se encontraron 39,5% y 10,4% de frecuencia en conjunto de disfuncionalidad familiar y de violencia familiar; por lo que concluye que la disfunción familiar y la violencia familiar son factores de riesgo asociados a depresión postparto, así como también de manera conjunta la disfunción familiar y violencia familiar”²⁵.

Zamora en su estudio “Tipo de parto como factor asociado a la depresión postparto en Trujillo del año 2019, realizó un estudio tipo analítico de cohorte, para evaluar si el tipo de parto es un factor asociado a depresión postparto, utilizando la Escala de Depresión Postparto de Edinburgh (EPDS), en 192 mujeres de las cuales 64 tuvieron parto por cesárea y 128 parto vaginal que asistieron a los consultorios externos de obstetricia y neonatología del Hospital Regional de Depresión de Trujillo de enero a mayo del año 2019; se encontró que la frecuencia de parto por cesárea fue de 28,1% en mujeres con depresión postparto a diferencia de un 14,1% por parto vaginal, así mismo, se encontró una relación significativa de depresión postparto con el grado de instrucción primaria en un 34,5% y el no tener actividad laboral 28,3%, en cambio no se encontró relación significativa con el número de hijos y el sexo del hijo; concluye que el parto por cesárea es un factor de riesgo asociado a la depresión postparto”²⁶.

2.2 BASES TEÓRICAS

2.2.1 Depresión

La depresión se define, según el National Institute of Mental Health, como a un trastorno que afecta el estado de ánimo decaído que se caracteriza por pérdida de interés, que causa síntomas de angustia que afectan la manera en cómo se siente, piensa y coordina las

actividades diarias, como dormir, comer o trabajar. Para su diagnóstico, los síntomas deben de estar presentes el mayor parte del día, por lo menos 2 semanas²⁷.

2.2.2 Puerperio o periodo postparto

Es definido como el periodo posterior al parto de aproximadamente 4 a 6 semanas, con un periodo de adaptación donde se revierten los cambios anatómicos y fisiológicos que se dieron durante el embarazo; además de cambios a nivel neuroendocrino y psicosocial de la madre²⁸. Aunque este periodo es poco complejo pueden aparecer ciertas complicaciones en algunas de las mujeres debido a cambios como sentimientos de desamparo dado a que la atención se centra más en el lactante²⁹.

Según su duración se divide en puerperio inmediato, dado entre el parto y las 24 horas del postparto; mediato, entre el parto y los 42 primeros días; y tardío, entre el parto y el año postparto²⁹.

2.2.3 Depresión postparto

Se le considera a la depresión postparto como una forma de depresión que afecta a las mujeres luego del parto, en el que suele ser común que las mujeres, luego de dar a luz, experimenten trastornos temporales del humor o melancolía. Se considera depresión postparto a cualquier trastorno depresivo sin psicosis que ocurre en la madre durante el primer año luego del parto; que empieza entre las 4 a 6 semanas postparto³⁰. Se le considera como la complicación psiquiátrica postnatal más frecuente, que genera complicaciones en la salud de la madre y del bebé, y que con un correcto abordaje puede constituir una prioridad de Salud Pública prevenible, pues está precedida por el nacimiento de un hijo³¹.

En la mayoría de los casos remite luego de tres a seis meses, aunque una proporción puede seguir un curso crónico. Sus efectos en la relación madre e hijo no van a distinguir diferencias culturales ni por el nivel económico de la madre y su impacto en el desarrollo del niño tienen relación directa con la duración e intensidad³².

Según la CIE-10 de la OMS, define a la depresión postparto como los trastornos asociados al puerperio si estos comienzan en las 6 primeras semanas postparto³³.

En el DSM-IV, se especificaba que los cuadros psiquiátricos como depresión mayor, manía, episodio mixto o psicosis breve eran de inicio en el postparto, que comenzaban luego de las 4 semanas al postparto. Con el DSM-5 se presenta un cambio incluyendo a la gestación como una etapa de mayor riesgo de diagnóstico psiquiátrico, considerando al periparto como inicio de los trastornos mentales que comienzan en el embarazo o en las 4 primeras semanas postparto³³.

Durante 2 semanas deben presentarse por lo menos 2 de los siguientes síntomas:

- Sentirse deprimido.
- Disminución del interés en todas o en casi todas las actividades diarias.
- Alteraciones en el apetito con aumento o pérdida notable de peso.
- Alteraciones del sueño como insomnio e hipersomnias.
- Casi cada día presentar retraso o agitación psicomotor.
- Presentar casi todos los días falta de energía o fatiga.
- Excesivos o inapropiados sentimientos de culpa.
- Casi todos los días presentar dificultad para concentrarse o tomar decisiones.
- Pensamientos o ideas de muerte o suicidio²⁰.

En el diagnóstico se debe especificar como inicio de depresión postparto si la aparición de los síntomas es en las cuatro semanas después del parto²⁰.

2.2.3.1 Epidemiología

La prevalencia mundial a lo largo de la vida fluctúa entre el 10% a 20%, evidenciándose mayor recurrencia en madres adolescentes (26%) y en los niveles socioeconómicos más bajos (38.2%)³¹. En Lima-Perú, se encontraron un 34% de mujeres con depresión postparto en un estudio realizado en el Hospital Dos de Mayo y un 31.46% en el Hospital Cayetano Heredia³³.

2.2.3.2 Trastornos psicológicos postnatales diferenciales

2.2.3.2.1 Depresión postparto leve o Maternity Blues o Baby Blues

Sucede entre el 50% al 80% de las mujeres³⁴. Es una alteración emocional que se debe principalmente a cambios hormonales, psicológicos y sociales, que aparece a los 2 o 4 días posteriores al parto durante no más de 2 semanas, con síntomas transitorios, depresivos y ansiosos como labilidad emocional, cefaleas, sentimientos de minusvalías, insomnio, pérdida del apetito, falta de concentración, llanto fácil y dificultad para atender al recién nacido³⁴; que suele aparecer por episodios de depresión durante el embarazo o acontecimientos estresantes en el embarazo, en especial durante el último trimestre. Como los síntomas no son tan intensos no requiere tratamiento específico ya que es pasajero y no genera deterioro significativo³⁵.

2.2.3.2.2 Depresión postparto sin psicosis (DPSP)

Suele presentarse del 10% al 15% de las mujeres en postparto. Se inicia entre las 2 a 3 semanas luego del parto, con una duración de 4 a 6 semanas, que puede superar el año si no tiene tratamiento adecuado. Presenta síntomas como anhedonia, agotamiento físico, alteraciones del sueño y del apetito, dificultades para concentrarse e ideas de minusvalía sobre el cuidado de su hijo³⁴. Suele darse por antecedentes de depresión, relación disfuncional con la pareja, depresión en la gestación, inadecuado apoyo social o por acontecimientos vitales estresantes durante la gestación. El tratamiento más efectivo es el multifactorial, que incluye psicoterapia, apoyo grupal, educación y asesoramiento conjunto; destacando la terapia interpersonal y la cognitivo-conductual³⁰.

2.2.3.2.3 Psicosis puerperal

Se presenta entre el 0.1% y el 0.2% de las mujeres en postparto, a las 48 a 72 horas luego del parto y rara vez suele iniciar a las 4 semanas o incluso al sexto mes³⁴. Las manifestaciones clínicas más frecuentes son alucinaciones visuales y olfativas, labilidad

afectiva, desorientación, confusión y las alucinaciones auditivas, que le indican a la madre que agrede o mate a su hijo o a sí misma; que inclusive presenta ideas de que el niño está muerto, que tiene poderes divinos o diabólicos³⁴. Generalmente está asociado a antecedentes de trastorno bipolar, primiparidad o psicosis postparto previa, que requiere tratamiento farmacológico³⁰.

2.2.3.3 Etiología

A. Factores psicológicos

La gestación y el parto provoca la adaptación de la mujer a diversos cambios, siendo el modelo de la madre ideal, abnegada y entregada a su hijo, lo que provoca alteraciones psíquicas en la mujer³⁷.

- Embarazo no planificado, que implica tener un hijo no deseado, lo cual provoca alteraciones en el vínculo madre e hijo³⁷.
- Los eventos vitales estresantes como el divorcio, muerte familiar, pérdida del empleo, van a tener una relación significativa de depresión³⁶.
- La falta de apoyo familiar, destacando al nivel de sobrecarga experimentado por los cuidados del bebé³⁴.
- La inseguridad, que implica la insatisfacción de su cuerpo posterior al parto³⁶.
- La ansiedad materna que genera miedo e incertidumbre durante el embarazo para sobrellevar un estilo de vida saludable³⁶.

B. Factores sociales

- Edad: las puérperas adultas presentan más estabilidad para afrontar los cambios de la gestación a diferencia de las adolescentes³⁸.
- Nivel educativo: el riesgo de depresión postparto se incrementa con la presencia de un nivel educativo inferior, a diferencia del nivel educativo superior que sería un factor protector³⁸.
- Estado civil: la falta de apoyo de pareja genera dificultad emocional en la etapa postparto considerándose como un factor de riesgo para depresión postparto³⁸.

- Nivel socioeconómico: las mujeres desempleadas o las que buscan empleo en el postparto son más propensas a tener depresión, ya que la pobreza y la preocupación de la economía familiar le generan estrés y tristeza³⁸.
- La cobertura atención médica o una atención ineficiente genera riesgo de depresión postparto³⁶.
- Antecedentes personales: mujeres con depresión previa al embarazo o el tener familiares con enfermedad depresiva tienen mayor riesgo de padecer depresión luego del parto³⁸.

C. Factores obstétricos

- Tipo de parto: se hace referencia a la expulsión del feto y placenta por vía vaginal o por cesárea. Considerándose que las cesáreas no programadas son un riesgo de depresión³⁸.
- Parto prematuro: el tener un parto prematuro genera en la mujer mayor vulnerabilidad para padecer de depresión, ya que se enfrenta a una realidad que no esperable que genera la pérdida de sus expectativas respecto al parto y el embarazo³⁸.
- Lactancia materna: refuerza el vínculo entre la madre y el recién nacido. Las mujeres que dan de lactar a sus hijos presentan una reducción de padecer depresión postparto³⁸.

2.2.3.4 Teleconsulta en el INMP

Es la consulta a distancia realizada entre un profesional de la salud y una persona usuaria por medio del uso de las Tecnologías de la Información y la Comunicación (TIC), para fines de promoción, prevención, diagnóstico, tratamiento, recuperación, rehabilitación y cuidados paliativos, cumpliendo con las restricciones reguladas a la prescripción de medicamentos y demás disposiciones que determine el Ministerio de Salud del Perú³⁹.

En el Instituto Nacional Materno Perinatal (INMP), la atención a través del servicio de Teleconsulta se está llevando a cabo actualmente, a cargo de médicos ginecólogos quienes a través de llamadas telefónicas brindan orientación y monitorización a las gestantes, que venían llevando sus controles prenatales en la institución antes de la cuarentena por

COVID-19, a fin de brindarles servicios especializados durante el tiempo que dure la emergencia sanitaria y la atención restringida en Consultorios Externos; con el objetivo de realizar un adecuado seguimiento a las pacientes continuadoras, tanto de alto como de bajo riesgo obstétrico; los médicos cuentan con información del carné prenatal, ecografías y análisis de laboratorio que le son enviados para que brinden la atención correspondiente. Además, se brinda orientación en otras especialidades médicas según lo requieran la madre y el recién nacido. Asimismo, con este sistema se trata de brindar servicios especializados a las mujeres gestantes que deseen información sobre su salud gestacional⁴⁰.

2.2.3.5 Paridad

Se define como el número total de partos que ha tenido la mujer. Se le considera al nacimiento del primer hijo como un acontecimiento de mucho estrés, relacionándose a la depresión postparto mayormente en el primer parto³⁸. Siendo la primiparidad considerada como un factor de riesgo para diversas patologías, que también representa un estrés único, ya que trae consigo importantes cambios en el aspecto físico, asociado al estado emocional de la madre tras el parto; asimismo, está presente la preocupación frente a lo desconocido como el temor de no cumplir con el modelo de ser buena madre y la inquietud de no saber identificar las necesidades del bebé⁴¹.

2.2.3.6 Abortos previos

Existen estudios que determinan que el antecedente de aborto es un factor de riesgo para depresión posparto, que se debe probablemente a los sentimientos de culpa que puede experimentar la mujer, independientemente de las causas espontáneas que hayan provocado el aborto o a los sentimientos de remordimiento por un anterior aborto provocado⁴².

2.2.3.7 Complicaciones obstétricas

Existen complicaciones obstétricas como la hipertensión, preeclampsia, diabetes, el tipo de parto, retraso del crecimiento fetal, el peso del recién nacido al nacer, trombosis líquido amniótico teñido, que generan riesgo de padecer de depresión postparto; que se

incrementa según la complicación que presente la madre durante el embarazo y el puerperio³⁸.

2.2.3.8 Violencia familiar

Se entiende por violencia familiar a todo uso de fuerza física, acoso o intimidación causada por algún miembro de la familia contra otro, incluyendo la violencia hacia mujeres, varones, niños o padres²⁶.

En Perú, según el Instituto Nacional de Estadística e Informática (INEI) en su Encuesta Demográfica y de Salud Familiar (Endes) del 2019, el porcentaje de mujeres maltratadas por sus parejas sigue siendo alto, pues afecta a cerca de seis de cada diez peruanas. De acuerdo a su estudio, se registraron un 57.7% de mujeres de 15 a 49 años víctimas de violencia psicológica, física o sexual, ocasionada alguna vez por el esposo o compañero; siendo la violencia psicológica (52.8%) el tipo de violencia ejercida con más frecuencia por parte del esposo y compañero, seguida de la violencia física (29.5%) y la violencia sexual (7.1%)⁴³. Entre enero y agosto del 2020 en tiempos de confinamiento por COVID-19, se registraron alrededor de 156,307 llamadas telefónicas atendidas por la Línea 100 del Ministerio de la Mujer y Poblaciones Vulnerables (MIMP), informándose hechos de violencia contra mujeres, integrantes del grupo familiar y de violencia sexual, siendo el 78% de estos las víctima una mujer⁴⁴.

La violencia contra la mujer hace que no se respeten sus derechos ni libertades²⁶. Dentro de las consecuencias más importantes de la violencia familiar es la depresión; las mujeres víctimas de violencia dentro de su hogar corren mayor riesgo de estrés y de ansiedad, resultando en estrés postraumático; conectándose estrechamente la depresión con el intento de suicidio⁴⁵.

La violencia en las gestantes y madres en países de desarrollo tienen un impacto negativo en su salud, pues van a estar relacionados con las complicaciones que se den durante el parto y el post parto inmediato, siendo 3 veces más frecuentes que en las mujeres no maltratadas²⁶. Además, los daños físicos ejercidos en las gestantes también pueden ocasionar consecuencias psicológicas, ya que la gestante agredida por su pareja está en mayor riesgo de sufrir estrés, depresión y adicción a sustancias; que pueden ocasionar un

efecto severo en el desarrollo psicológico del bebé, quien después de su nacimiento probablemente será testigo de violencia doméstica o sea víctima de maltrato al igual que su madre. Por lo que se considera que el embarazo aumenta la desprotección de la mujer y la hace doblemente vulnerable⁴⁵.

La violencia puede ejercerse de diferentes formas, como:

- Violencia física: Es el maltrato físico o agresión intencional en alguna parte del cuerpo, causado por algún objeto que inmoviliza u ocasiona daño a la integridad física²⁵.
- Violencia emocional o psicológica: Son actos u omisiones repetitivas, expresadas como prohibiciones, coacciones, condicionamientos, abandono; que provoca en quien las recibe, deterioro y afeción en su personalidad; que incluye agresiones verbales, que tratan de controlar, generándole miedo y sometiéndola a la voluntad de su victimario²⁵.
- Violencia sexual: Es obligar a la pareja o esposa a tener relaciones sexuales en contra de su voluntad, recibiendo humillaciones a través de bromas, apodosos o manoseos, obligándolas a realizar actividades sexuales no consentidas en la intimidad e imponerles a vestirse de forma provocativa⁴⁵.

2.2.3.9 Antecedente de depresión

Se le considera a un 50% de los casos que van a constituir el primer episodio de un trastorno depresivo⁴⁶. El tener antecedentes personales, según estudios prospectivos y retrospectivos, como tener historia de depresión previa aumenta la incidencia en un 10% a 24%, pero si la depresión ocurriese en el embarazo el riesgo sería más alto, alrededor del 35%; además, en el caso de que, si existieran antecedentes de depresión postparto, el riesgo de recurrencia sería de hasta el 50%⁴⁶.

2.2.3.10 Escala de Depresión Postnatal de Edimburgo (EPDS)

Es una escala de detección de 10 ítems utilizada para la detección del riesgo de depresión postparto, creado por Cox, Holden y Sagovsky en el año 1987 en los centros de salud en Livingston y Edinburgo, diseñada para asistir a los profesionales de la atención primaria de salud en la detección de las madres que padecían de depresión postparto; donde el

estudio de validación demostró que las madres que obtienen resultados por encima del umbral del 92.3% es más probable que padezcan de alguna enfermedad depresiva de diferentes niveles de gravedad⁴⁷.

Para evaluar a las mujeres según la EPDS se requiere que califiquen como se han sentido en los 7 días anteriores a la evaluación⁴⁷. Los ítems incluyen capacidad para reír, anhedonia, culpa, ansiedad, ataques de pánico, abrumado, trastornos del sueño, tristeza, llanto e ideas suicidas; además, resta importancia a los síntomas somáticos, como los cambios en el sueño y el apetito junto con la pérdida de energía⁴⁷. Las categorías para las respuestas tienen como puntaje de 0, 1, 2 y 3 para cada pregunta de acuerdo a el aumento de la gravedad de los síntomas; calificándose los ítems 3 y 5 al 10 con una puntuación a la inversa; posteriormente, obteniéndose un puntaje general que va de 0 a 30⁴⁷.

Según Gagliardi et al, la escala evalúa los sentimientos que tenga la madre durante los últimos 7 días y esta puede hacerse hasta los 3 meses siguientes al postparto y, además, ayuda a distinguir si los síntomas son de depresión postparto o baby blues³⁸.

La EPDS ha sido validada en varios países y en varios idiomas, que incluye el español. La validez en la traducción al español en Perú, fue estudiado en el Hospital Nacional Cayetano Heredia de Lima por Vega-Dienstmaier et al. en el año 2002, en el que manifiesta la “participación de 321 mujeres dentro del primer año postparto que acudieron a los consultorios de planificación familiar o llevaron a sus hijos a control en el servicio de Pediatría, aplicándose la EPDS y el cuestionario de la DSM-IV; los resultados indicaron un punto de corte óptimo para la EPDS de 13,5, con una sensibilidad de 84,21% y una especificidad de 79,47% para el diagnóstico de depresión mayor; el coeficiente de correlación fue de 0,4478 entre la puntuación de la EPDS y el número de síntomas del criterio A de depresión mayor del DSM-IV, el coeficiente alfa de Cronbach fue 0,7043; además, se consideró que ninguna puntuación menor de 7,5 tuvo depresión menor y la sensibilidad y el valor predictivo negativo fue de 100%, teniendo como ítems de mayor poder predictivo para depresión postparto a los referidos a la preocupación, capacidad para afrontar problemas, pánico, llanto y optimismo”⁴⁸.

2.3 DEFINICIÓN DE CONCEPTOS OPERACIONALES

- Riesgo de depresión postparto: Es el trastorno emocional que se puede manifestar durante el postparto, caracterizándose por el riesgo de presentar tristeza, melancolía y abatimiento. El indicador utilizado es la EPDS.
- Edad: Es la cantidad de años biológicos cumplidos. El indicador utilizado es edad en años.
- Estado civil: Es la situación de las personas que es determinada por sus relaciones de familia, provenientes del matrimonio o del parentesco, que establece ciertos derechos y deberes. El indicador utilizado es el registro civil⁴⁹.
- Estado laboral: Es la situación vinculada con el trabajo o cualquier desempeño relacionado a la actividad física o intelectual que recibe algún tipo de respaldo o remuneración. El indicador utilizado es el trabajo que desempeña⁵⁰.
- Paridad: Es la cantidad de recién nacidos por vía vaginal o cesárea, vivos a término, pretérmino u abortos. El indicador utilizado es el número total de partos⁵¹.
- Abortos previos: Se le entiende a la interrupción del embarazo, de forma espontánea o inducida. El indicador es el número de abortos previos⁵².
- Complicaciones obstétricas: Son trastornos y disrupciones sufridos durante el embarazo, el parto y el trabajo de parto, así como en el periodo neonatal inicial. El indicador utilizado es la presencia de complicaciones durante el embarazo o parto⁵³.
- Violencia familiar: Se entiende a toda violencia ejercida en el contexto de la convivencia familiar, por parte de uno de los miembros contra otro, contra algunos de los demás o contra todos ellos. Ejerciendo actos violentos con exceso de fuerza física hasta el hostigamiento, acoso o intimidación. El indicador utilizado es la presencia de violencia y el tipo de violencia⁵⁴.

- Antecedente de depresión previa: Sucede cuando existen acontecimientos anteriores de sentimientos de tristeza, pérdida, ira o frustración que interfieren con la vida diaria por más de dos semanas. El indicador utilizado es el diagnóstico de depresión previa⁵⁵.

CAPÍTULO III: HIPÓTESIS Y VARIABLES

3.1 HIPÓTESIS

GENERAL

Existe una asociación entre los factores de riesgo con la depresión postparto en puérperas adultas atendidas por Teleconsulta en el Instituto Nacional Materno Perinatal en el año 2020.

ESPECÍFICAS

- Existe una asociación entre la edad y el riesgo de depresión postparto en puérperas adultas atendidas por Teleconsulta en el Instituto Nacional Materno Perinatal en el año 2020.

- Existe una asociación entre el estado civil y el riesgo de depresión postparto en puérperas adultas atendidas por Teleconsulta en el Instituto Nacional Materno Perinatal en el año 2020.

- Existe una asociación entre el estado laboral y el riesgo de depresión postparto en puérperas adultas atendidas por Teleconsulta en el Instituto Nacional Materno Perinatal en el año 2020.

- Existe una asociación entre la paridad y el riesgo de depresión postparto en puérperas adultas atendidas por Teleconsulta en el Instituto Nacional Materno Perinatal en el año 2020.

- Existe una asociación entre los abortos previos y el riesgo de depresión postparto en puérperas adultas atendidas por Teleconsulta en el Instituto Nacional Materno Perinatal en el año 2020.

- Existe una asociación entre las complicaciones obstétricas y el riesgo de depresión postparto en puérperas adultas atendidas por Teleconsulta en el Instituto Nacional Materno Perinatal en el año 2020.
- Existe una asociación entre la violencia familiar y el riesgo de depresión postparto en puérperas adultas atendidas por Teleconsulta en el Instituto Nacional Materno Perinatal en el año 2020.
- Existe una asociación entre el antecedente de depresión previa y el riesgo de depresión postparto en puérperas adultas atendidas por Teleconsulta en el Instituto Nacional Materno Perinatal en el año 2020.

3.2 VARIABLES PRINCIPALES DE INVESTIGACIÓN

Variable dependiente:

- Riesgo de depresión postparto

Variables independientes:

- Edad
- Estado civil
- Estado laboral
- Paridad
- Abortos previos
- Complicaciones obstétricas
- Violencia familiar
- Antecedente de depresión

CAPÍTULO IV: METODOLOGÍA

4.1 TIPO Y DISEÑO DE INVESTIGACIÓN

El diseño del estudio de investigación es de tipo cuantitativo, observacional, analítico, transversal.

4.2 POBLACIÓN Y MUESTRA

4.2.1 POBLACIÓN

La población del estudio de investigación está conformada por puérperas mayores de 17 años y menores de 37 años atendidas por Teleconsulta en el Instituto Nacional Materno Perinatal en el año 2020, en el cual la población es de aproximadamente 2000 pacientes.

4.2.2 MUESTRA

4.2.2.1 TAMAÑO MUESTRAL

El cálculo de tamaño muestral para una proporción, se realizó mediante el empleo del paquete estadístico Epidat, para una población de 2000 puérperas atendidas por Teleconsulta en el INMPN en el año 2020, con una proporción esperada de 13,66% para riesgo de depresión en mujeres en puerperio tomada del estudio realizado por González et al.⁵, con intervalos de confianza al 95%, se seleccionó un error del 5%, dando como resultado un tamaño muestral de 167 de mujeres en puerperio, además, se ampliará un 10% al tamaño muestral en caso de que exista personas que no deseen llenar el cuestionario. Lo que nos da una muestra final de 184 mujeres en puerperio.

4.2.2.2 TIPO DE MUESTREO

Para la selección de la muestra se empleó el tipo de muestreo probabilístico aleatorio simple sin reposición, donde cada una de las mujeres en periodo de puerperio tendrá la misma posibilidad de ser seleccionada.

4.2.2.3 CRITERIOS DE SELECCIÓN DE LA MUESTRA

Criterios de inclusión

- Mujeres en puerperio inmediato/mediato que den su consentimiento informado para participar en la investigación.
- Mujeres puérperas que cuenten con acceso a Internet y WhatsApp.

Criterios de exclusión

- Mujeres puérperas que no contestaron parte o la totalidad de las preguntas de la Escala de Depresión Postnatal de Edimburgo.
- Mujeres puérperas con trastornos mentales.
- Mujeres puérperas analfabetas.
- Mujeres puérperas con capacidades diferentes.

4.3 OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES

VARIABLE	DEFINICIÓN OPERACIONAL	DIMENSIÓN	INDICADORES	ITEMS	NIVELES	INSTRUMENTO
RIESGO DE DEPRESIÓN POSTPARTO (RDP)	Según Moreno eta al “Es entendida como el riesgo de la presencia de trastorno depresivo, sin síntomas psicóticos, manifestada durante el primer año postparto” ³³	Disforia	1. He sido capaz de reír y ver el lado bueno de las cosas. 2. He mirado el futuro con placer. 7. Me he sentido tan infeliz que he tenido dificultad para morir. 8. Me he sentido triste y desgraciada. 9. He sido tan infeliz que he llorado.	1,2,7,8,9	<10: Sin riesgo de depresión postparto ³³ 10-12: Límite para riesgo de depresión postparto ³³ >= 13: Probable riesgo de depresión	Escala de Depresión Postnatal de Edimburgo (EPDS)

		Ansiedad	4. He estado ansiosa y preocupada sin motivo. 5. He sentido miedo y pánico sin motivo alguno.	4,5	postparto ³³
		Sentimiento de culpa	3. Me he culpado sin necesidad cuando las cosas no salían bien.	3	
		Dificultad para concentrarse	6. Las cosas me oprimen o agobian.	6	
		Ideación suicida	10. He pensado en hacerme daño a mí misma.	10	

VARIABLE	DEFINICIÓN OPERACIONAL	NATURALEZA	ESCALA	MEDICIÓN
EDAD	Años cumplidos	Cuantitativa	De razón	Años
ESTADO CIVIL	Relación que existe con la pareja.	Cualitativa	Nominal politómica	a. Soltera b. Casada c. Viuda d. Conviviente e. Separada f. Divorciada
ESTADO LABORAL	Condición laboral que desempeña la paciente.	Cualitativa	Nominal politómica	a. Estudiante b. Con empleo c. Desempleada d. Independiente e. Labor en casa
PARIDAD	Número de partos en la vida de la paciente incluyendo el último	Cuantitativa	De razón	a. 1 b. 2 c. 3 d. 4 o más

	parto de recién nacidos a término y pretérmino.			
ABORTOS PREVIOS	Presencia de haber sufrido aborto espontáneo o interrumpido.	Cuantitativa	De razón.	a. 0 b. 1 c. 2 d. 3 o más
COMPLICACIONES OBSTÉTRICAS	Complicaciones que se presentan durante el embarazo y el parto, que alteran la anatomía de la paciente.	Cualitativa	Nominal dicotómica	a. SI b. NO
VIOLENCIA FAMILIAR	Se entiende a las formas de abuso dada por los miembros de la familia durante el embarazo o después del parto.	Cualitativa	Nominal politómica	SI NO a. Violencia física (golpes, quemaduras, mordeduras, heridas con arma blanca o de fuego) b. Violencia psicológica o emocional (intimidación, humillaciones verbales, manipulación, abandono) c. Violencia sexual (forzar física o psicológicamente a tener relaciones sexuales).
ANTECEDENTE DE DEPRESIÓN PREVIA	Presencia de haber sufrido anteriormente depresión.	Cualitativa	Nominal dicotómica	a. SI b. NO

4.4 TÉCNICAS E INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS

El instrumento empleado fue un cuestionario de la Escala de Depresión Postnatal de Edimburgo (EPDS), creada por Cox, Holden y Sagovsky en el año 1987 en los centros

de salud en Livingston y Edinburgh (Anexo 10), la cual fue diseñada para la detección de las madres que padecían de depresión postparto. Para su validación el estudio demostró que las madres que obtenían resultados por encima del 92.3%, tenían mayor probabilidad de alguna enfermedad depresiva⁴⁷. Posteriormente, fue validada al español por Vega-Dienstmaier et al. en el año 2002, en un estudio realizado en el Hospital Nacional Cayetano Heredia de Lima⁴⁸, en la que se evaluó la EPDS, que sirvió para la obtención del punto de corte óptimo para la EPDS de 13,5, además de una sensibilidad de 84,21% y una especificidad de 79,47% para depresión postparto. La confiabilidad del instrumento se dio mediante la evaluación de la consistencia interna de la escala a través del coeficiente alfa de Cronbach con un resultado confiable de 0,7043.

El cuestionario de la EPDS consiste en un registro de autoaplicación, que consta de 10 preguntas que presentan cuatro opciones de posibles respuestas, estas alternativas tienen un puntaje de 0 a 3 puntos para las preguntas 1,2,4 y en las preguntas 3,5,6,7,8,9,10 son de manera inversa, de acuerdo a la gravedad de los síntomas; de tal manera que al final del cuestionario el puntaje varía entre 0 a 30 puntos. La escala evalúa la intensidad de los síntomas depresivos por medio de 5 dimensiones: disforia, que incluye 5 preguntas; ansiedad, con 2 preguntas; sentimiento de culpa, con 1 pregunta; dificultad para concentrarse, con 1 pregunta e ideación suicida, con 1 pregunta.

Según la valoración del instrumento, se clasificaron a las puérperas en los siguientes niveles:

- EPDS: <10: sin riesgo de depresión postparto
- EPDS: 10-12: puntaje límite para riesgo de depresión postparto
- EPDS: >= 13: puntaje indicador de probable depresión postparto³³

4.5 RECOLECCIÓN DE DATOS

Para contactar a las pacientes se obtuvo la base de datos de las pacientes puérperas atendidas por Teleconsulta durante el año 2020 del INMP; de dicha base de datos se extrajo el nombre y el número de celular de las pacientes. La recolección de los datos se obtuvo mediante el contacto de las pacientes, previo consentimiento verbal, a través de la plataforma de WhatsApp, en la cual se les envió el formato elaborado en Google Forms, que contenía el consentimiento informado escrito, la ficha de recolección de datos y el

EPDS, para ser desarrollado en sus hogares; confirmándose posteriormente el llenado del cuestionario.

4.6 TÉCNICA DE PROCESAMIENTO Y ANÁLISIS DE DATOS

Para el presente trabajo se utilizó un cuestionario elaborado en Google Forms para el desarrollo por parte de las pacientes objetivo, la recolección de datos fue procesada y analizada, previo control de calidad de datos, eliminando los registros de datos que no se llenaron adecuadamente, que fue enviada posteriormente al programa Microsoft Excel versión 2016, donde los datos fueron importados al paquete estadístico SPSS versión 25.00.

La distribución de frecuencias fue presentada en cada uno de los niveles y en la presencia de la variable riesgo de depresión postparto a través de una tabla de distribución de frecuencias, además, para la prevalencia del riesgo de depresión posparto se presentaron intervalos de confianza al 95%.

La estadística descriptiva de las variables cualitativas estado civil, estado laboral, paridad, aborto recurrente, complicaciones obstétricas, violencia familiar y antecedente de depresión previa, se presentaron en una tabla de distribución de frecuencias. Luego, se evidenció en una tabla de contingencia la frecuencia absoluta y relativa de las variables estado civil, estado laboral, aborto recurrente, complicaciones obstétricas, violencia familiar y antecedente de depresión previa por presencia de riesgo de depresión postparto, así mismo, se empleó la prueba estadística χ^2 de Pearson si los valores esperados eran menores a 5, y ante su defecto se empleó la prueba exacta de Fisher, para estas pruebas se estableció un alfa crítico de 0.05, posteriormente se realizó el cálculo del Odds Ratio y sus respectivos intervalos de confianza para determinar la asociación de dichas variables.

Mediante el análisis bivariado se obtuvo el p-valor para las variables estado civil, estado laboral, paridad, aborto recurrente, complicaciones obstétricas, violencia familiar y antecedente de depresión previa. Para las variables que demostraron fuerza de asociación

significativa se elaboró el análisis multivariado para la obtención del Odds Ratio, los intervalos de confianza y el p-valor.

4.7 ASPECTOS ÉTICOS

Para la realización del estudio se solicitó el consentimiento informado a cada una de las puérperas, para tener el conocimiento de su participación en el trabajo de investigación. Previa a la recolección de datos, el Comité de Investigación y Ética de la Universidad Ricardo Palma, y el Comité de Investigación y Ética del Instituto Nacional Materno Perinatal evaluaron y brindaron los respectivos permisos para la ejecución del estudio. Así mismo, los datos personales obtenidos del cuestionario de la EPDS serán tratados con la total discreción, las cuales no serán publicadas por respeto a la privacidad e integridad de las participantes.

CAPÍTULO V:
RESULTADOS Y DISCUSIÓN

5.1 RESULTADOS

Tabla 1. Análisis estadístico de la distribución de frecuencias de las variables de las puérperas atendidas por Teleconsulta en el Instituto Nacional Materno Perinatal en el año 2020.

Variables	n	Porcentaje
Riesgo de Depresión postparto		
Sin riesgo	129	70,1%
Con riesgo	55	29,9%
Edad		
Madre joven	101	54,9%
Madre no joven	83	45,1%
Estado civil		
Soltera	23	12,5%
Casada	30	16,3%
Conviviente	126	68,5%
Separada	5	2,7%
Estado laboral		
Estudiante	7	3,8%
Con empleo	13	7,1%
Desempleada	17	9,2%
Independiente	21	11,4%
Labor en casa	126	68,5%
Paridad		
Primípara	73	39,7%
Secundípara	49	26,6%
Múltípara	62	33,7%

Presencia de abortos		
Sin abortos	112	60,9%
Con abortos	72	39,1%
Aborto recurrente		
No	159	86,4%
Si	25	13,6%
Complicaciones obstétricas		
No	100	54,3%
Si	84	45,7%
Violencia familiar		
No	170	92,4%
Si	14	7,6%
Tipo de violencia familiar		
Violencia psicológica o emocional	12	6,5%
Violencia física	1	0,5%
Violencia sexual	1	0,5%
Antecedente de depresión previa		
No	163	88,6%
Si	21	11,4%
Total	184	

En la Tabla 1 se observa que el 70,1% (129) de las puérperas no presentan riesgo de depresión postparto y el 29,9% (55) si presentan riesgo de depresión postparto. El 54,9% (101) de las puérperas son madres jóvenes y el 45,1% (83) son madres no jóvenes. El 12,5% (23) de las puérperas son solteras, el 16,3% (30) son casadas, el 68,5% (126) son convivientes y el 2,7% (5) son separadas. Así como, el 3,8% (7) de las puérperas son estudiantes, el 7,1% (13) tienen empleo, el 9,2% (17) son desempleadas, el 11,4% (21) tienen trabajo independiente y el 68,5% (126) de puérperas tienen labor en casa (amas de casa). El 39,7% (73) de las puérperas son primíparas, el 26,6% (49) son secundíparas y el 33,7% (62) son múltiparas. El 60,3% (111) de las puérperas no han tenido abortos,

mientras que el 39,7% (73) si han tenido abortos y a su vez el 86,4% (159) de las puérperas no han presentado aborto recurrente, mientras que el 13,6% (25) han presentado aborto recurrente. También se evidencia que el 54,3% (100) de las puérperas no presentaron complicaciones obstétricas, mientras que el 45,7% (84) han presentado complicaciones obstétricas. El 92,4% (170) de las puérperas no han presentado violencia familiar, mientras que el 7,6% (14) si han presentado violencia familiar; y de este 7,6% (14), el 6,5% (12) de las puérperas han presentado violencia psicológica o emocional, el 0,5% (1) presentaron violencia física y el 0,5% (1) presentaron violencia sexual. Con respecto a la variable antecedente de depresión previa, el 88,6% (163) de las puérperas no tienen antecedente de depresión previa, mientras que el 11,4% (21) han presentado antecedente de depresión previa.

Tabla 2: Porcentaje según el nivel de riesgo de depresión en puérperas atendidas por Teleconsulta en el Instituto Nacional Materno Perinatal en el año 2020.

Nivel de riesgo de depresión postparto	Frecuencia	Porcentaje
<10: Sin riesgo de depresión postparto	98	53.6
10-12: Límite para riesgo de depresión postparto	32	16.9
>= 13: Probable riesgo de depresión postparto	54	29.5
Total	184	100.0

De la tabla obtenida se observa que del total de puérperas atendidas por Teleconsulta, 53,6% de ellas no presentan riesgo de depresión postparto, 29,5% presentan probable riesgo de depresión postparto y el 16,9% están en el límite para riesgo de depresión postparto.

Tabla 3. Análisis univariado de cuantitativas en puérperas atendidas por Teleconsulta atendidas en el Instituto Nacional Materno Perinatal en el año 2020.

VARIABLES	Media +/- DE	Prueba de Kolmogorov - Smirnov
Edad	29,14 +/- 4,824	0,152
Número de partos	2,22 +/- 1,131	0,220
Número de abortos	1,59 +/- 0,803	0,351

Según los datos obtenidos del análisis univariado de las variables cuantitativas, la edad media es de 29, 14 con una desviación estándar de 4,824. La media del número de partos es de 2,22 con una desviación estándar de 1,131. La media del número de abortos es de 1,59 con una desviación estándar de 0,803.

Tabla 4. Análisis bivariado de las variables y el riesgo de depresión postparto en puérperas atendidas por Teleconsulta atendidas en el Instituto Nacional Materno Perinatal en el año 2020.

VARIABLE	Sin riesgo de DPP	Con riesgo de DPP	P-VALOR
	n (%)	n (%)	P-VALOR
Edad			
Madre joven	71 (55%)	30 (54,5%)	,951
Madre no joven	58 (45%)	25 (45,5%)	
Estado civil			
Soltera	19 (14,7%)	4 (7,3%)	,051
Casada	23 (17,8%)	7 (12,7%)	
Conviviente	85 (65,9%)	41 (74,5%)	
Separada	2 (1,6%)	3 (5,5%)	
Estado laboral			
Estudiante	3 (2,3%)	4 (7,3%)	,438
Con empleo	11 (8,5%)	2 (3,6%)	
Desempleada	15 (11,6%)	2 (3,6%)	

Independiente	16 (12,4%)	5 (9,1%)	
Labor en casa	84 (65,1%)	42 (76,4%)	
Paridad			
Primípara	53 (41,1%)	20 (36,4%)	,808
Secundípara	32 (24,8%)	17 (30,9%)	
Múltipara	44 (34,1%)	18 (32,7%)	
Aborto recurrente			
No	113 (87,6%)	46 (83,6%)	,473
Si	16 (12,4%)	9 (16,4%)	
Complicaciones obstétricas			
No	76 (58,9%)	24 (43,6%)	,057
Si	53 (41,1%)	31 (56,4%)	
Violencia familiar			
No	123 (95,3%)	47 (85,5%)	,020
Si	6 (4,7%)	8 (14,5%)	
Antecedente de depresión previa			
No	120 (93%)	43 (78,2%)	,004
Si	9 (7%)	12 (21,8%)	

Según datos obtenidos, dentro de las puérperas sin riesgo de depresión postparto, el 55% (71) son madres jóvenes y el 45% (58) son madres no jóvenes; mientras que, de las puérperas con riesgo de depresión postparto, el 54,5% (30) son madres jóvenes y el 45,5% (25) son madres no jóvenes con un p-valor de 0,951. Con respecto al estado civil, dentro de las puérperas sin riesgo de depresión postparto, el 14,7% (19) son solteras, el 17,8% (23) son casadas, el 65,9% (85) son convivientes y el 1,6% (2) son separadas; mientras que, de las puérperas con riesgo de depresión postparto, el 7,3% (4) son solteras, el 12,7% (7) son casadas, el 74,5% (41) son convivientes y el 5,5% (3) son separadas con un p-valor de 0,051. En relación al estado laboral, de las puérperas sin riesgo de depresión postparto, el 2,3% (3) son estudiantes, el 8,5% (11) tienen empleo, el 11,6% (15) son desempleadas, el 12,4% (16) tienen trabajo independiente y el 65,1% (84) realizaron labor en casa; mientras que, de las puérperas con riesgo de depresión postparto, el 7,3% (4) son

estudiantes, el 3,6% (2) tienen empleo, el 3,6% (2) son desempleadas, el 9,1% (5) tienen trabajo independiente y el 76,4% (42) realizaron labor en casa con un p-valor de 0,438. Con respecto a la paridad, dentro de las puérperas sin riesgo de depresión postparto, el 41,1% (53) son primíparas, el 24,8% (32) son secundíparas y el 34,1% (44) son multíparas; mientras que, de las puérperas con riesgo de depresión postparto, el 36,4% (20) son primíparas, el 30,9% (17) son secundíparas y el 32,7% (18) son multíparas con un p-valor de 0,808. En relación al aborto recurrente, dentro de las puérperas sin riesgo de depresión postparto, el 87,8% (113) no presentan abortos recurrentes y el 12,4% (16) presentan abortos recurrentes; mientras que, de las puérperas con riesgo de depresión postparto, el 83,6% (46) no presentan abortos recurrentes y el 16,4% (9) presentan abortos recurrentes con un p-valor de 0,473. En relación a las complicaciones obstétricas, dentro de las puérperas sin riesgo de depresión postparto, el 58,9% (76) no presentaron complicaciones obstétricas y el 41,1% (53) presentaron complicaciones obstétricas; mientras que, de las puérperas con riesgo de depresión postparto, el 43,6% (24) no presentaron complicaciones obstétricas y el 56,4% (31) presentaron complicaciones obstétricas, siendo las más frecuentes fueron la hemorragia postparto, preeclampsia y parto pretérmino, con un p-valor de 0,057. Con respecto a violencia familiar, dentro de las puérperas sin riesgo de depresión postparto, el 95,3% (123) no presentan violencia familiar y el 4,7% (6) presentan violencia familiar; mientras que, de las puérperas con riesgo de depresión postparto, el 85,5% (47) no presentan violencia familiar y el 14,5% (8) presentan violencia familiar, con un p-valor de 0,020. En relación al antecedente de depresión previa, dentro de las puérperas sin riesgo de depresión postparto, el 93% (120) no presentan antecedente de depresión previa y el 7% (9) presentan antecedente de depresión previa; mientras que, de las puérperas con riesgo de depresión postparto, el 78,2% (43) no presentan antecedente de depresión, con un p-valor de 0,004.

Tabla 5. Análisis multivariado de las variables y el riesgo de depresión postparto en púerperas atendidas por Teleconsulta atendidas en el Instituto Nacional Materno Perinatal en el año 2020.

VARIABLE	OR	Chi-cuadrado	IC 95%	P-VALOR
Edad	1,02	-	,385-1,646	,766
Estado civil	-	4,915	1,028-2,006	,200
Estado laboral	-	7,534	,800-1,585	,298
Paridad	-	0,778	,636-1,550	,618
Aborto recurrente	1,3	-	,385-3,447	,870
Complicaciones obstétricas	1,8	-	,920-3,747	,088
Violencia familiar	3,4	-	1,154-14,102	,026
Antecedente de depresión previa	3,7	-	1,224-9,114	,074

Contrastación de las hipótesis

Hipótesis 1

Hipótesis alterna: Hay una asociación entre la edad y el riesgo de depresión postparto en puérperas adultas atendidas por Teleconsulta en el Instituto Nacional Materno Perinatal en el año 2020.

Hipótesis nula: No hay una asociación entre la edad y el riesgo de depresión postparto en puérperas adultas atendidas por Teleconsulta en el Instituto Nacional Materno Perinatal en el año 2020.

Tabla 6. Análisis de asociación entre la variable edad y riesgo de depresión postparto.

		Presencia de Riesgo de Depresión postparto				P	OR	IC
		Sin riesgo		Con riesgo				
		N	%	N	%			
Edad	Madre joven	71	55,0%	30	54,5%	0,539	1,02	0,5-1,9
	Madre no joven	58	45,0%	25	45,5%			

Fuente: ficha de recolección de datos

Interpretación: No hay una asociación estadísticamente significativa entre la variable madre joven y la variable riesgo de depresión postparto según el análisis, debido a que el p-valor es de 0,539 siendo mayor al 0.05 y un valor de OR de 1,02 no mayor a la unidad. Por lo que se rechaza la hipótesis alterna y se acepta la hipótesis nula.

Hipótesis 2

Hipótesis alterna: Hay una asociación entre el estado civil y el riesgo de depresión postparto en puérperas adultas atendidas por Teleconsulta en el Instituto Nacional Materno Perinatal en el año 2020.

Hipótesis nula: No hay una asociación entre el estado civil y el riesgo de depresión postparto en puérperas adultas atendidas por Teleconsulta en el Instituto Nacional Materno Perinatal en el año 2020.

Tabla 7. Análisis de asociación entre la variable estado civil y riesgo de depresión postparto.

		Presencia de Riesgo de Depresión postparto				P	Chi-cuadrado
		Sin riesgo		Con riesgo			
		N	%	N	%		
Estado civil	Soltera	19	14,7%	4	7,3%	0,178	4,915
	Casada	23	17,8%	7	12,7%		
	Conviviente	85	65,9%	41	74,5%		
	Separada	2	1,6%	3	5,5%		

Fuente: ficha de elaboración propia

Interpretación: No hay una asociación estadísticamente significativa entre la variable estado civil y la variable riesgo de depresión postparto según el análisis, debido al Chi-cuadrado=4,915 y el p-valor de 0,178 siendo mayor al 0.05. Por lo que se rechaza la hipótesis alterna y se acepta la hipótesis nula.

Hipótesis 3

Hipótesis alterna: Hay una asociación entre el estado laboral y el riesgo de depresión postparto en puérperas adultas atendidas por Teleconsulta en el Instituto Nacional Materno Perinatal en el año 2020.

Hipótesis nula: No hay una asociación entre el estado laboral y el riesgo de depresión postparto en puérperas adultas atendidas por Teleconsulta en el Instituto Nacional Materno Perinatal en el año 2020.

Tabla 8. Análisis de asociación entre la variable estado laboral y riesgo de depresión postparto.

		Presencia de Riesgo de Depresión postparto				P	Chi-cuadrado
		Sin riesgo		Con riesgo			
		N	%	N	%		
Estado laboral	Estudiante	3	2,3%	4	7,3%	0,110	7,534
	Con empleo	11	8,5%	2	3,6%		
	Desempleada	15	11,6%	2	3,6%		
	Independiente	16	12,4%	5	9,1%		
	Labor en casa	84	65,1%	42	76,4%		

Fuente: ficha de elaboración propia

Interpretación: No hay una asociación estadísticamente significativa entre la variable estado laboral y la variable riesgo de depresión postparto según el análisis, debido al Chi-cuadrado=7,534 y el p-valor de 0,110 siendo mayor al 0.05. Por lo que se rechaza la hipótesis alterna y se acepta la hipótesis nula.

Hipótesis 4

Hipótesis alterna: Hay una asociación entre la paridad y el riesgo de depresión postparto en puérperas adultas atendidas por Teleconsulta en el Instituto Nacional Materno Perinatal en el año 2020.

Hipótesis nula: No hay una asociación entre la paridad y el riesgo de depresión postparto en puérperas adultas atendidas por Teleconsulta en el Instituto Nacional Materno Perinatal en el año 2020.

Tabla 9. Análisis de asociación entre la variable paridad y riesgo de depresión postparto.

		Presencia de Riesgo de Depresión postparto				P	Chi-cuadrado
		Sin riesgo		Con riesgo			
		N	%	N	%		
Paridad	Primípara	53	41,1%	20	36,4%	0,678	0,778
	Secundípara	32	24,8%	17	30,9%		
	Múltipara	44	34,1%	18	32,7%		

Fuente: ficha de elaboración propia

Interpretación: No hay una asociación estadísticamente significativa entre la variable paridad y la variable riesgo de depresión postparto según el análisis, debido al Chi-cuadrado=0,778 y el p-valor de 0,678 siendo mayor al 0.05. Por lo que se rechaza la hipótesis alterna y se acepta la hipótesis nula.

Hipótesis 5

Hipótesis alterna: Hay una asociación entre los abortos previos y el riesgo de depresión postparto en puérperas adultas atendidas por Teleconsulta en el Instituto Nacional Materno Perinatal en el año 2020.

Hipótesis nula: No hay una asociación entre los abortos previos y el riesgo de depresión postparto en puérperas adultas atendidas por Teleconsulta en el Instituto Nacional Materno Perinatal en el año 2020.

Tabla 10. Análisis de asociación entre la variable abortos previos y riesgo de depresión postparto.

		Presencia de Riesgo de Depresión postparto				P	OR	IC
		Sin riesgo		Con riesgo				
		N	%	N	%			
Aborto recurrente	NO	113	87,6%	46	83,6%	0,309	1,3	0,5-3,3
	SI	16	12,4%	9	16,4%			

Fuente: ficha de recolección de datos

Interpretación: No hay una asociación estadísticamente significativa entre la variable aborto recurrente y la variable riesgo de depresión postparto según el análisis, debido a que el p-valor es de 0,309 siendo mayor al 0.05 y un valor de OR de 1,3 no mayor a la unidad. Por lo que se rechaza la hipótesis alterna y se acepta la hipótesis nula.

Hipótesis 6

Hipótesis alterna: Hay una asociación entre las complicaciones obstétricas y el riesgo de depresión postparto en puérperas adultas atendidas por Teleconsulta en el Instituto Nacional Materno Perinatal en el año 2020.

Hipótesis nula: No hay una asociación entre las complicaciones obstétricas y el riesgo de depresión postparto en puérperas adultas atendidas por Teleconsulta en el Instituto Nacional Materno Perinatal en el año 2020.

Tabla 11. Análisis de asociación entre la variable complicaciones obstétricas y riesgo de depresión postparto.

		Presencia de Riesgo de Depresión postparto				P	OR	IC
		Sin riesgo		Con riesgo				
		N	%	N	%			
Presencia de complicaciones obstétricas	NO	76	58,9%	24	43,6%	0,075	1,8	0,9-3,5
	SI	53	41,1%	31	56,4%			

Fuente: ficha de recolección de datos

Interpretación: No hay una asociación estadísticamente significativa entre la variable complicaciones obstétricas y la variable riesgo de depresión postparto según el análisis, debido a que el p-valor es de 0,075 siendo mayor al 0.05 y un valor de OR de 1,8 no mayor a la unidad. Por lo que se rechaza la hipótesis alterna y se acepta la hipótesis nula.

Hipótesis 7

Hipótesis alterna: Hay una asociación entre la violencia familiar y el riesgo de depresión postparto en puérperas adultas atendidas por Teleconsulta en el Instituto Nacional Materno Perinatal en el año 2020.

Hipótesis nula: No hay una asociación entre la violencia familiar y el riesgo de depresión postparto en puérperas adultas atendidas por Teleconsulta en el Instituto Nacional Materno Perinatal en el año 2020.

Tabla 12. Análisis de asociación entre la variable violencia familiar y riesgo de depresión postparto.

		Presencia de Riesgo de Depresión postparto				P	OR	IC
		Sin riesgo		Con riesgo				
		N	%	N	%			
Presencia de violencia familiar	NO	123	95,3%	47	85,5%	0,026	3,4	1,1-10,5
	SI	6	4,7%	8	14,5%			

Fuente: ficha de recolección de datos

Interpretación: Hay una asociación estadísticamente significativa entre la variable violencia familiar y la variable riesgo de depresión postparto según el análisis, debido a que el p-valor es de 0,026 siendo menor al 0.05 y un valor de OR de 3,4 mayor a la unidad. Por lo que se acepta la hipótesis alterna y se rechaza la hipótesis nula.

Hipótesis 8

Hipótesis alterna: Hay una asociación entre el antecedente de depresión previa y el riesgo de depresión postparto en puérperas adultas atendidas por Teleconsulta en el Instituto Nacional Materno Perinatal en el año 2020.

Hipótesis nula: No hay una asociación entre el antecedente de depresión previa y el riesgo de depresión postparto en puérperas adultas atendidas por Teleconsulta en el Instituto Nacional Materno Perinatal en el año 2020.

Tabla 13. Análisis de asociación entre la variable antecedente de depresión previa y riesgo de depresión postparto.

		Presencia de Riesgo de Depresión postparto				P	OR	IC
		Sin riesgo		Con riesgo				
		N	%	N	%			
Presencia de antecedente de depresión previa	NO	120	93,0%	43	78,2%	0,005	3,7	1,4-9,4
	SI	9	7,0%	12	21,8%			

Fuente: ficha de recolección de datos

Interpretación: Hay una asociación estadísticamente significativa entre la variable violencia familiar y la variable riesgo de depresión postparto según el análisis, debido a que el p-valor es de 0,005 siendo menor al 0.05 y un valor de OR de 3,7 mayor a la unidad. Por lo que se acepta la hipótesis alterna y se rechaza la hipótesis nula.

5.2 DISCUSIÓN DE RESULTADOS

El objetivo principal de la presente tesis fue determinar los factores asociados al riesgo de depresión postparto en puérperas adultas atendidas por Teleconsulta en el Instituto Nacional Materno Perinatal en el año 2020.

Según los datos obtenidos, el 70,1% no presentan riesgo de depresión postparto y el 29,9% si presentan riesgo de depresión postparto. Dichos resultados se comparan con los hallazgos evidenciados en el estudio realizado por Masías et al. del año 2018 sobre la prevalencia de depresión postparto en madres puérperas que se encontraban entre los 45 días y 6 semanas postparto; en el que menciona que existe un 40,7% de puérperas que no presentan riesgo de depresión postparto y el 14,15% presentan riesgo de depresión postparto, pero con 45,13% presenta síntomas de depresión postparto, contrastándose con la presente investigación²². Esta diferencia significativa se comprueba mediante el análisis de prevalencia y varianza del estudio de Masías et al. La diferencia se puede deber a que en el antecedente la población estudiada pertenecía a una posta de salud del primer nivel de atención de un distrito de la ciudad de Arequipa, en cambio la presente investigación tuvo como población de estudio a pacientes de un establecimiento de tercer nivel. Otra de las razones fue el acceso y el monitoreo de la población de esta investigación, la cual fue mediante Teleconsulta dada por el Instituto Nacional Materno Perinatal debido a la emergencia sanitaria por COVID-19; lo cual contribuyó a tener mayor población y un acceso directo con las pacientes, a diferencia de la población del antecedente que a pesar de no haberse realizado el estudio en la emergencia sanitaria presenta menos población y probablemente esto se deba a la poca accesibilidad, según el antecedente, a la información sociodemográfica en dicha localidad²².

Con respecto a la comprobación de la hipótesis se obtuvo como resultado que la variable violencia familiar tiene una asociación estadísticamente significativa, con un $p=0,026$, con la variable riesgo de depresión postparto, este hallazgo se contrasta con el estudio de Vásquez et al. del año 2017 sobre la disfunción familiar y la violencia familiar como factores de riesgo para depresión postparto en puérperas atendidas en el Hospital Regional de Cajamarca durante el año 2014, en el que concluye que las puérperas que han estado expuestas a violencia familiar tienen mayor riesgo ($OR=3,7;p=0,01$; $IC95\%: 1,7-7,9$) de presentar riesgo de depresión postparto que aquellas que no estuvieron expuestas²⁵; al

igual que en el estudio de Abadiga del año 2019 sobre los factores asociados a depresión postparto en una ciudad de Etiopía, en el que concluye que la violencia doméstica está relacionada (OR=5.92; p=0,000; IC95%: 2,44-14,40) al riesgo de depresión postparto⁶. Por lo que existe una relación con el presente trabajo, en el cual se observa que la presencia de violencia familiar está asociada significativamente con el riesgo de depresión postparto. Y se puede deber a que en nuestro país en vía de desarrollo la violencia aún prevalece y genera impacto en la salud, y al presentarse durante la etapa del embarazo provoca en la víctima mayor riesgo de complicaciones durante el parto y el postparto a diferencia de aquellas puérperas no violentadas, debido a que la mujer violentada presenta mayor estrés relacionado con depresión. Además, se resalta que de las puérperas que presentaron violencia familiar, de las tres categorías de violencia, predominó la violencia psicológica o emocional con 6,5% con respecto a la violencia física y sexual; por lo que probablemente se deba a que durante la emergencia sanitaria el grupo familiar tuvo que afrontar niveles de estrés y preocupación con respecto a su salud y trabajo, y agregado a ello la etapa del embarazo que puede generar cierto conflicto primordialmente en la pareja.

Así mismo, se obtuvo como resultado que la variable antecedente de depresión previa tiene una asociación estadísticamente significativa, con un p=0,005, con la variable riesgo de depresión postparto, este hallazgo se contrasta con el estudio de Cordova del año 2018 sobre los factores que presentan asociación con depresión postparto en puérperas del Hospital II-2 Santa Rosa durante el año 2017, en el que concluye que las puérperas que presentan antecedente de depresión previa tienen mayor riesgo (OR 1,97; p=0,017; IC95%: 1,13-3,44) de depresión postparto⁷; así como, en el estudio de Abadiga del año 2019 sobre los factores asociados a depresión postparto en una ciudad de Etiopía, en el que concluye que la historia de depresión previa está relacionada (OR=3,06; p=0,03; IC95%: 1,06-8,82) al riesgo de depresión postparto⁶. Por lo que existe relación con el presente trabajo, en el cual se observa que la presencia de antecedente de depresión postparto está asociada significativamente con el riesgo de depresión postparto. Ello se puede deber a que el haber tenido diagnóstico previo de depresión está muy relacionado al estado anímico de las puérperas durante el embarazo y el postparto, ya que un inadecuado control y tratamiento puede generar alteraciones en sus actividades de la vida diaria generando sentimientos de tristeza, ansiedad y depresión al no poder sobrellevar la situación.

Por otro lado, se obtuvo que la variable madre joven no presenta asociación estadísticamente significativa, con la variable riesgo de depresión postparto, este hallazgo se contrasta con el estudio de Meléndez et al. del año 2017 sobre “los factores de riesgo de mayor frecuencia de presentar depresión postparto en puérperas del Hospital Materno-Infantil Dr. José María Vargas durante el año 2017, en el que concluye que las madres jóvenes que se encuentran entre la edad de los 21 y 30 años no presentan riesgo ($p=0,26$) de depresión postparto, destacando a las madres adolescentes de 13 a 20 años como factor para riesgo de depresión”¹⁸. Encontrándose similitud con la presente investigación, que por medio del análisis de asociación se obtuvo un $p=0,539$ para la variable madre joven, por lo que no existe asociación entre la variable madre joven y la variable riesgo de depresión postparto.

También se obtuvo que la variable estado civil no presenta asociación estadísticamente significativa, con la variable riesgo de depresión postparto, este hallazgo se contrasta con el estudio de Cordova del año 2018 sobre “los factores asociados a depresión postparto en puérperas del Hospital II-2 Santa Rosa durante el año 2017, en el que concluye que la variable estado civil casada ($p=0,74$) y conviviente ($p=0,62$) no presentan asociación con riesgo de depresión postparto, a diferencia de del estado civil soltera que si presenta relación”⁷. Encontrándose similitud con la presente investigación, que por medio del análisis de asociación se obtuvo un $p=0,178$ para la variable estado civil, por lo que no existe asociación entre la variable estado civil y la variable riesgo de depresión postparto.

Al igual que la variable estado laboral la cual no presenta asociación estadísticamente significativa, con la variable riesgo de depresión postparto, este hallazgo se contrasta con el estudio de Al Nasr et al. del año 2020 sobre “la prevalencia de depresión postparto y la relación con factores de riesgo en puérperas de los hospitales de Riyadh en el año 2018, en el que concluye que el estado laboral de las madres puérperas no presenta relación ($p=0,890$) con el riesgo de depresión postparto”¹⁰. Encontrándose similitud con el presente trabajo, que por medio del análisis de asociación se obtuvo un $p=0,110$ para la variable estado laboral, por lo que no existe asociación entre la variable estado laboral y la variable riesgo de depresión postparto.

Por otro lado, las variables paridad y complicaciones obstétricas no presentan asociación estadísticamente significativa, con la variable riesgo de depresión postparto, estos hallazgos se contrastan con el estudio de Quispe del año 2019 sobre “los factores gineco-obstétricos y sociodemográficos en relación a depresión postparto en púerperas en edad fértil y edad extrema del Hospital III Emergencias Grau de Lima en el año 2018, en el que concluye que la variable paridad clasificada en primípara, secundípara y múltipara no presenta relación ($p=0,074$) con el riesgo de depresión postparto”²⁰. Encontrándose similitud con la presente investigación, que por medio del análisis de asociación se obtuvo un $p=0,678$ para la variable paridad, por lo que no existe asociación entre la variable paridad y la variable riesgo de depresión postparto. Así mismo, concluye “que la variable complicaciones perinatales y obstétricas no presenta relación ($p=0,166$) con el riesgo de depresión postparto”²⁰. Encontrándose similitud con el presente trabajo, que por medio del análisis de asociación se obtuvo un $p=0,075$ para la variable complicaciones obstétricas, por lo que no existe asociación entre la variable complicaciones obstétricas y la variable riesgo de depresión postparto.

En cuanto a la variable aborto recurrente no presenta asociación estadísticamente significativa, con la variable riesgo de depresión postparto, este hallazgo se contrasta con el estudio de Abadiga del año 2019 sobre “la magnitud y los factores asociados a la depresión postparto en púerperas de la ciudad de Nekemte en Etiopía en el año 2019, en el que concluye que las púerperas que han presentado abortos recurrentes no presentan ($p=0,92$) riesgo de depresión postparto”⁶. Encontrándose similitud con la presente investigación, que por medio del análisis de asociación se obtuvo un $p=0,309$ para la variable aborto recurrente, por lo que no existe asociación entre la variable aborto recurrente y la variable riesgo de depresión postparto.

En este estudio se obtuvo como principal limitación al sesgo de memoria que se debe a la probabilidad de que el grupo de estudio no haya logrado comprender las preguntas del cuestionario de la EPDS debido a la posible complejidad por lo que puede que se haya brindado información de hechos erróneos que ocasionen un incorrecto llenado del cuestionario. Otra limitación fue el tamaño de la muestra, que al tener poca población no se consideraría generalizar los resultados obtenidos en el establecimiento de salud. Como también, otra limitación fue que el estudio es unicéntrico, por lo que los resultados que obtenidos son representativos y valorados para la población del INMP.

CAPÍTULO VI:

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

6.1 CONCLUSIONES

CONCLUSIÓN GENERAL

Los factores violencia familiar y antecedente de depresión previa están asociados al riesgo de depresión postparto en puérperas adultas atendidas por Teleconsulta en el Instituto Nacional Materno Perinatal en el año 2020.

CONCLUSIONES ESPECÍFICAS

- La presencia de violencia familiar está asociado al riesgo de depresión postparto en puérperas adultas atendidas por Teleconsulta en el Instituto Nacional Materno Perinatal en el año 2020.
- El antecedente de depresión previa está asociado al riesgo de depresión postparto en puérperas adultas atendidas por Teleconsulta en el Instituto Nacional Materno Perinatal en el año 2020.
- No existe asociación entre madre joven y el riesgo de depresión postparto en puérperas adultas atendidas por Teleconsulta en el Instituto Nacional Materno Perinatal en el año 2020.
- No existe asociación entre el estado civil y el riesgo de depresión postparto en puérperas adultas atendidas por Teleconsulta en el Instituto Nacional Materno Perinatal en el año 2020.
- No existe asociación entre el estado laboral y el riesgo de depresión postparto en puérperas adultas atendidas por Teleconsulta en el Instituto Nacional Materno Perinatal en el año 2020.

- No existe asociación entre la paridad y el riesgo de depresión postparto en puérperas adultas atendidas por Teleconsulta en el Instituto Nacional Materno Perinatal en el año 2020.
- No existe asociación entre la presencia de abortos previos y el riesgo de depresión postparto en puérperas adultas atendidas por Teleconsulta en el Instituto Nacional Materno Perinatal en el año 2020.
- No existe asociación entre las complicaciones obstétricas previos y el riesgo de depresión postparto en puérperas adultas atendidas por Teleconsulta en el Instituto Nacional Materno Perinatal en el año 2020.

6.2 RECOMENDACIONES

- En vista a que en este estudio hay un predominio de pacientes que no presentan riesgo de depresión postparto, se recomienda que el grupo de aquellas puérperas que si presentan riesgo de depresión postparto puedan recibir referencia por parte del Instituto Nacional Materno Perinatal (INMP) a Centros de Salud Mental Comunitario (CSMC) para su evaluación y monitoreo.
- Al obtener en este trabajo de investigación que la violencia familiar se asocia con el riesgo de depresión postparto, se recomienda a los profesionales de salud del Instituto Nacional Materno Perinatal (INMP) realizar un abordaje multidisciplinario para el reconocimiento de posibles puérperas víctimas de maltrato, así como de las gestantes, para la prevención de posibles peligros que afecten la vida de ellas y de sus hijos.
- Al evidenciarse que el antecedente de depresión previa está asociada al riesgo de depresión postparto, se recomienda que el Instituto Nacional Materno Perinatal (INMP) por medio de tele orientación designe profesionales de salud especializados que puedan realizar un monitoreo constante que abarque desde la etapa gestacional enfocado en la persistencia de síntomas de depresión.

- En vista a que los resultados de estado civil, estado laboral, paridad, aborto recurrente y complicaciones obstétricas, con respecto a su relación con el riesgo de depresión postparto, son definitivos por lo que se recomienda la realización de otros estudios de investigación enfocados en otros factores que no se hayan considerado en este estudio como embarazo no planificado, parto por cesárea y situaciones estresantes de la vida.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. OMS. OMS | ¿Se pregunta por qué no está contenta tras el nacimiento de su hijo? [Internet]. WHO. World Health Organization; [citado 17 de octubre de 2020]. Disponible en: <http://www.who.int/campaigns/world-health-day/2017/handouts-depression/postnatal/es/>
2. Bermejo-Sánchez FR, Peña-Ayudante WR, Espinoza-Portilla E, Bermejo-Sánchez FR, Peña-Ayudante WR, Espinoza-Portilla E. Depresión perinatal en tiempos del COVID-19: rol de las redes sociales en Internet. *Acta Médica Peru.* enero de 2020;37(1):88-93.
3. Caparros-Gonzalez RA, Romero-Gonzalez B, Peralta-Ramirez MI. Depresión posparto, un problema de salud pública mundial. *Rev Panam Salud Pública* [Internet]. 2018 [citado 17 de octubre de 2020];42. Disponible en: <http://iris.paho.org/xmlui/handle/123456789/49117>
4. NIMH. NIMH » Depresión perinatal [Internet]. [citado 17 de octubre de 2020]. Disponible en: <https://www.nimh.nih.gov/health/publications/espanol/depression-perinatal/index.shtml>
5. González-González A, Casado-Méndez PR, Molero-Segrera M, Santos-Fonseca RS, López-Sánchez I, González-González A, et al. Factores asociados a depresión posparto. *Rev Arch Méd Camagüey.* diciembre de 2019;23(6):770-9.
6. Abadiga M. Magnitude and associated factors of postpartum depression among women in Nekemte town, East Wollega zone, west Ethiopia, 2019: A community-based study. *PloS One.* 2019;14(11):e0224792.
7. Alva C, Fernando J. Factores asociados a depresión posparto en puéperas atendidas en Hospital II-2 Santa Rosa durante septiembre-diciembre, 2017. *Univ Nac Piura UNP* [Internet]. 2018 [citado 2 de octubre de 2020]; Disponible en: <http://repositorio.unp.edu.pe/handle/UNP/1175>
8. Young C. Factores asociados a depresión posparto en puérperas del servicio de obstetricia del Hospital Nacional Arzobispo Loayza. *Repos Tesis - UNMSM* [Internet]. 2017 [citado 17 de octubre de 2020]; Disponible en: <https://cybertesis.unmsm.edu.pe/handle/20.500.12672/5990>
9. MINSA. Resolución Ministerial N° 658-2019/MINSA [Internet]. [citado 17 de octubre de 2020]. Disponible en: <https://www.gob.pe/institucion/minsa/normas-legales/285438-658-2019-minsa>
10. Al Nasr RS, Altharwi K, Derbah MS, Gharibo SO, Fallatah SA, Alotaibi SG, et al. Prevalence and predictors of postpartum depression in Riyadh, Saudi Arabia: A cross sectional study. *PloS One.* 2020;15(2):e0228666.
11. Daoud N, Ali Saleh-Darawshy N, Meiyin Gao, Sergienko R, Sestito SR, Geraisy N. Multiple forms of discrimination and postpartum depression among indigenous Palestinian-Arab, Jewish immigrants and non-immigrant Jewish mothers. *BMC Public Health.* 27 de diciembre de 2019;19(1):1741.

12. Gan Y, Xiong R, Song J, Xiong X, Yu F, Gao W, et al. The effect of perceived social support during early pregnancy on depressive symptoms at 6 weeks postpartum: a prospective study. *BMC Psychiatry* [Internet]. 2019 [citado 29 de septiembre de 2020];19. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6664519/>
13. Poles MM, Carvalheira APP, Carvalhaes MA de BL, Parada CMG de L. Sintomas depressivos maternos no puerpério imediato: fatores associados. *Acta Paul Enferm.* julio de 2018;31(4):351-8.
14. Romero R D, Orozco R LA, Ybarra S JL, Gracia R BI. Sintomatología depresiva en el post parto y factores psicosociales asociados. *Rev Chil Obstet Ginecol.* abril de 2017;82(2):152-62.
15. Roumieh M, Bashour H, Kharouf M, Chaikha S. Prevalence and risk factors for postpartum depression among women seen at Primary Health Care Centres in Damascus. *BMC Pregnancy Childbirth.* 23 de diciembre de 2019;19(1):519.
16. Postpartum depression and associated factors among mothers who gave birth in the last twelve months in Ankesha district, Awi zone, North West Ethiopia [Internet]. [citado 29 de septiembre de 2020]. Disponible en: <https://1library.net/document/z3n11d8q-postpartum-depression-associated-factors-mothers-ankesha-district-ethiopia.html>
17. Wassif OM, Abdo AS, Elawady MA, Abd Elmaksoud AE, Eldesouky RS. Assessment of Postpartum Depression and Anxiety among Females Attending Primary Health Care Facilities in Qaliubeya Governorate, Egypt. *J Environ Public Health.* 2019;2019:3691752.
18. Meléndez M, Díaz M, Bohorjas L, Cabaña A, Casas J, Castrillo M, et al. Depresión postparto y los factores de riesgo. *Salus.* 2017;21(3):7-12.
19. Vidal C, Nancy E. Nivel de depresión postparto en puérperas atendidas en el hospital nacional dos de mayo de Lima – Perú, 2017. *Univ Inca Garcilaso Vega* [Internet]. 13 de marzo de 2018 [citado 29 de septiembre de 2020]; Disponible en: <http://repositorio.uigv.edu.pe/handle/20.500.11818/2310>
20. Huanca Q, Luzmila E. Depresión postparto y factores gineco-obstétricos y sociodemográficos asociadas a puérperas en edad fértil ideal y edades extremas en el Servicio de Ginecología y Obstetricia del Hospital III Emergencias Grau de Lima, noviembre a diciembre del 2018. *Univ Nac Jorge Basadre Grohmann* [Internet]. 2019 [citado 29 de septiembre de 2020]; Disponible en: <http://repositorio.unjbg.edu.pe/handle/UNJBG/3636>
21. Llirod Ravello MA. Asociación entre gestación no planificada y depresión puerperal. *Univ Priv Antenor Orrego* [Internet]. 2018 [citado 31 de mayo de 2022]; Disponible en: <https://repositorio.upao.edu.pe/handle/20.500.12759/3898>
22. Masías Salinas MA, Arias Gallegos WL. Prevalencia de la depresión post parto en Arequipa, Perú. *Rev Medica Hered.* octubre de 2018;29(4):226-31.

23. Sánchez-Tapia FR, Ostolaza-Vite AR, Peña-López EA, Ruiz-Grosso PJ, Vega-Dienstmaier JM. Frecuencia de tendencias suicidas (suicidalidad) y factores asociados en mujeres durante el primer año posparto. *Rev Neuro-Psiquiatr.* julio de 2017;80(3):172-80.
24. Vega-Dienstmaier JM. Estructura de la sintomatología depresiva en una muestra de mujeres con menos de un año postparto: Structure of the depressive symptomatology in a sample of women with less than 1 year postpartum. *Rev Neuro-Psiquiatr.* octubre de 2015;78(4):221-31.
25. Vásquez Plasencia GAV, Díaz DRR, Arangoitia AC, Cáceres VMA, Sánchez MR del PL. Disfuncionalidad familiar y violencia familiar como factores de riesgo de depresión puerperal. Hospital Regional de Cajamarca, Perú. 2014. *UCV-Sci.* 2017;9(2):145-52.
26. Zamora Aroca CJ. Tipo de parto como factor asociado a la depresión postparto. *Univ Priv Antenor Orrego [Internet].* 2019 [citado 31 de mayo de 2022]; Disponible en: <https://repositorio.upao.edu.pe/handle/20.500.12759/5187>
27. Depresión [Internet]. National Institute of Mental Health (NIMH). [citado 31 de mayo de 2022]. Disponible en: <https://www.nimh.nih.gov/health/publications/espanol/depression-sp>
28. Puerperio | Williams. *Obstetricia, 24e | AccessMedicina | McGraw-Hill Medical [Internet].* [citado 3 de octubre de 2020]. Disponible en: <http://accessmedicina.mhmedical.com/content.aspx?bookid=1525§ionid=100460837>
29. Escobar J, Pacora P, Custodio N, Villar W. Depresión posparto: ¿se encuentra asociada a la violencia basada en género? *An Fac Med.* 10 de diciembre de 2012;70(2):115.
30. Orozco WN. Depresión postparto. *Rev Médica Costa Rica Centroamérica.* 2013;70(608):639-47.
31. Mendoza B C, Saldivia S. Actualización en depresión postparto: el desafío permanente de optimizar su detección y abordaje. *Rev Médica Chile.* julio de 2015;143(7):887-94.
32. Dois Castellón A. Actualizaciones en depresión posparto. *Rev Cuba Obstet Ginecol.* diciembre de 2012;38(4):0-0.
33. Vega-Dienstmaier JM. Depresión postparto en el Perú. *Rev Medica Hered.* octubre de 2018;29(4):207-10.
34. Bustos Rementería S, Jiménez Ponce N. Factores de riesgo asociados a la depresión post parto, en mujeres que asisten a centros de atención primaria en la ciudad de Arica - Chile. *Psiquiatr Salud Ment.* 2013;38-49.
35. Medina-Serdán E. Diferencias entre la depresión postparto, la psicosis postparto y la tristeza postparto. *Perinatol Reprod Humana.* 2013;27(3):185-93.

36. Ampudia MKM. Depresión postparto en atención primaria. Rev Medica Sinerg. 1 de febrero de 2020;5(2):e355-e355.
37. Abad D, Jesús S. Factores sociales y obstétricos asociados al riesgo de depresión post parto en puerperas atendidas en el Hospital II EsSalud Cajamarca 2018. Univ Nac Cajamarca [Internet]. 2019 [citado 6 de octubre de 2020]; Disponible en: <http://repositorio.unc.edu.pe/handle/UNC/2868>
38. Suárez de León M. Prevalencia de la depresión post parto y factores asociados en tres centros de salud de la isla de La Palma. 2020 [citado 17 de octubre de 2020]; Disponible en: <https://riull.ull.es/xmlui/handle/915/19913>
39. Resolución Ministerial N° 306-2020-MINSA [Internet]. [citado 31 de mayo de 2022]. Disponible en: <https://www.gob.pe/institucion/minsa/normas-legales/581079-306-2020-minsa>
40. Instituto Nacional Materno Perinatal [Internet]. [citado 31 de mayo de 2022]. Disponible en: <https://www.inmp.gob.pe/noticia/cuatrocientas-cincuenta-gestantes-recibieron-teleconsulta-por-especialistas-del-inmp>
41. Cerda Sanchez MA. Factores sociodemográficos, primiparidad y su relación con la depresión postparto en puérperas de 20 a 34 años atendidas en el Hospital Nacional Docente Madre Niño San Bartolomé - enero 2017. Repos Tesis - UNMSM [Internet]. 2017 [citado 31 de mayo de 2022]; Disponible en: <https://cybertesis.unmsm.edu.pe/handle/20.500.12672/6017>
42. Young Candia C del R. Factores asociados a depresión posparto en puérperas del servicio de obstetricia del Hospital Nacional Arzobispo Loayza. Repos Tesis - UNMSM [Internet]. 2017 [citado 31 de mayo de 2022]; Disponible en: <https://cybertesis.unmsm.edu.pe/handle/20.500.12672/5990>
43. INEI: Violencia psicológica, física o sexual afectó al 57.7% de mujeres en el 2019 [Internet]. [citado 31 de mayo de 2022]. Disponible en: <https://elperuano.pe/noticia/97041-inei-violencia-psicologica-fisica-o-sexual-afecto-al-577-de-mujeres-en-el-2019>
44. Línea 100 del MIMP incrementó en 97 % las atenciones de llamadas durante el 2020 [Internet]. [citado 31 de mayo de 2022]. Disponible en: <https://www.gob.pe/institucion/mimp/noticias/325922-linea-100-del-mimp-incremento-en-97-las-atenciones-de-llamadas-durante-el-2020>
45. Flores A, Zumaeta J. VIOLENCIA BASADA EN GÉNERO Y DEPRESIÓN POST PARTO EN PUÉRPERAS ATENDIDAS EN EL HOSPITAL MARIA AUXILIADORA, 2017. Univ Priv Norbert Wien [Internet]. 2017 [citado 20 de octubre de 2020]; Disponible en: <http://repositorio.uwiener.edu.pe/handle/123456789/1025>
46. GARCÍA T, MANZANO S, MORENO E, BARRIO E. Trastornos del estado de ánimo en el postparto. 1 de enero de 2000;
47. Zhong Q, Gelaye B, Rondon M, Sánchez SE, García PJ, Sánchez E, et al. Comparative Performance of Patient Health Questionnaire-9 and Edinburgh

- Postnatal Depression Scale for Screening Antepartum Depression. *J Affect Disord.* junio de 2014;162:1-7.
48. Vega-Dienstmaier JM, Mazzotti Suárez G, Campos Sánchez M. Validación de una versión en español de la Escala de Depresión Postnatal de Edimburgo. *Actas Esp Psiquiatr.* 2002;30(2):106-11.
 49. Educ@Tic Derecho - Estado Civil [Internet]. [citado 10 de junio de 2022]. Disponible en: <https://sites.google.com/site/derechovivilinale/familia/estado-civil>
 50. Laboral [Internet]. Definición ABC. [citado 10 de junio de 2022]. Disponible en: <https://www.definicionabc.com/social/laboral.php>
 51. Embarazo normal y cuidados prenatales | Diagnóstico y tratamiento ginecoobstétricos, 11e | AccessMedicina | McGraw Hill Medical [Internet]. [citado 10 de junio de 2022]. Disponible en: <https://accessmedicina.mhmedical.com/content.aspx?bookid=1494§ionid=98123785>
 52. Aborto [Internet]. [citado 10 de junio de 2022]. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/abortion>
 53. Complicaciones Obstétricas y Agresión | Enciclopedia sobre el Desarrollo de la Primera Infancia [Internet]. [citado 10 de junio de 2022]. Disponible en: <https://www.encyclopedia-infantes.com/agresividad-agresion/segun-los-expertos/complicaciones-obstetricas-y-agresion>
 54. Violencia Intrafamiliar | Dirección General Medicina Forense Honduras [Internet]. [citado 10 de junio de 2022]. Disponible en: <https://www.mp.hn/Forense/inicio/violencia-intrafamiliar/>
 55. Depresión mayor: MedlinePlus enciclopedia médica [Internet]. [citado 10 de junio de 2022]. Disponible en: <https://medlineplus.gov/spanish/ency/article/000945.htm>

ANEXOS

ANEXO 1: ACTA DE APROBACIÓN DEL PROYECTO DE TESIS



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

FORMAMOS SERES HUMANOS PARA UNA CULTURA DE PAZ

ACTA DE APROBACIÓN DE PROYECTO DE TESIS

Los miembros que firman la presente acta en relación al Proyecto de Tesis **“FACTORES ASOCIADOS AL RIESGO DE DEPRESIÓN POSTPARTO VALORADA POR LA ESCALA DE DEPRESIÓN POSTNATAL DE EDIMBURGO EN PUÉRPERAS ADULTAS ATENDIDAS POR TELECONSULTA EN EL INSTITUTO NACIONAL MATERNO PERINATAL EN EL AÑO 2020”**, que presenta la SRTA, VILLANUEVA BASILIO, ASTRID JAZMIN para optar el Título Profesional de Médico Cirujano, declaran que el referido proyecto cumple con los requisitos correspondientes, tanto en forma como en fondo; indicando que se proceda con la ejecución del mismo.

En fe de lo cual firman los siguientes docentes:

Mg. Juan Carlos Ezequiel Roque Quezada
ASESOR DE LA TESIS

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

Lima, 30 de mayo de 2022

ANEXO 2: CARTA DE COMPROMISO DEL ASESOR DE TESIS



UNIVERSIDAD RICARDO PALMA
FACULTAD DE MEDICINA HUMANA
Manuel Huamán Guerrero

Instituto de Investigaciones de Ciencias Biomédicas
Oficina de Grados y Títulos
Formamos seres para una cultura de paz

Carta de Compromiso del Asesor de Tesis

Por el presente acepto el compromiso para desempeñarme como asesor de Tesis del estudiante de Medicina Humana, SRTA. ASTRID JAZMIN VILLANUEVA BASILIO, de acuerdo a los siguientes principios:

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

Atentamente,

Mg. Juan Carlos Ezequiel Roque Quezada

Lima, 22 de octubre de 2020

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



UNIVERSIDAD RICARDO PALMA

LICENCIAMIENTO INSTITUCIONAL RESOLUCIÓN DEL CONSEJO DIRECTIVO N° 040-2016-SUNEDU/CD

Facultad de Medicina Humana
Manuel Huamán Guerrero

Oficio N°1954-2020-FMH-D

Lima, 13 de noviembre de 2020

Señorita
ASTRID JAZMIN VILLANUEVA BASILIO
Presente. -

ASUNTO: Aprobación del Proyecto de Tesis

De mi consideración:

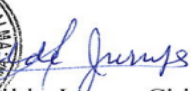
Me dirijo a usted para hacer de su conocimiento que el Proyecto de Tesis “**FACTORES ASOCIADOS AL RIESGO DE DEPRESIÓN POSTPARTO VALORADA POR LA ESCALA DE DEPRESIÓN POSTNATAL DE EDIMBURGO EN PUÉRPERAS ADULTAS ATENDIDAS POR TELECONSULTA EN EL INSTITUTO NACIONAL MATERNO PERINATAL EN EL AÑO 2020**” presentando ante la Facultad de Medicina Humana para optar el Título Profesional de Médico Cirujano ha sido aprobado por el Consejo de Facultad en sesión de fecha jueves 12 de noviembre de 2020.

Por lo tanto, queda usted 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,




Hilda Jurupe Chico.
Secretaria Académica

c.c.: Oficina de Grados y Títulos.

“Formamos seres humanos para una cultura de Paz”

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

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



PERÚ Ministerio de Salud

Vice-Ministerio de Asesoramiento y Apoyo en Salud

Instituto Nacional Materno Perinatal

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

H.T. 20-17852-1

Lima, 26 de febrero de 2021

CARTA Nº 018-2021-DG-Nº 010-OEAIDE/INMP

Señora Doctora:

ASTRID JAZMIN VILLANUEVA BASILIO

Investigadora Principal

Universidad Ricardo Palma

Presente.-

Asunto: Aprobación de Proyecto de Investigación Cuantitativo observacional, analítico y transversal

De nuestra consideración:

Es grato dirigirme a usted para saludarla cordialmente, y a la vez manifestarle que el proyecto de investigación titulado: "**FACTORES ASOCIADOS AL RIESGO DE DEPRESIÓN POSTPARTO VALORADA POR LA ESCALA DE DEPRESIÓN POSTNATAL DE EDIMBURGO EN PUÉRPERAS ADULTAS ATENDIDAS POR TELECONSULTA EN EL INSTITUTO NACIONAL MATERNO PERINATAL EN EL AÑO 2020**", cuyo estudio es de tipo cuantitativo, observacional, analítico y transversal; 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 09 de FEBRERO del 2022.

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,



Flores

• DEOG
• DEN

MINISTERIO DE SALUD
INSTITUTO NACIONAL MATERNO PERINATAL

M.C. Enrique Guzmán Ríos
C.M.P. Nº 19758 R.N.E. Nº 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° 006-2021-CIEI/INMP

Exp. N° 20-17852-1

Título del Proyecto	"Factores asociados al riesgo de depresión postparto valorada por la escala de depresión postnatal de Edimburgo en puérperas adultas atendidas por teleconsulta en el Instituto Nacional Materno Perinatal en el año 2020".
Investigador Principal	ASTRID JAZMIN VILLANUEVA BASILIO Universidad Ricardo Palma
Financiamiento	Propio.
Tipo de Estudio	Cuantitativo, observacional, analítico y transversal.
Apreciación	Determinar los factores asociados al riesgo de depresión postparto en puérperas adultas atendidas por teleconsulta en el Instituto Nacional Materno Perinatal en el año 2020.
Calificación	APROBADO. Tendrá vigencia hasta el 09 de febrero del 2022. Los trámites para una nueva renovación de aprobación deberán iniciarse por lo menos 30 días antes de su vencimiento.

Lima, 10 de febrero de 2021

MINISTERIO DE SALUD
INSTITUTO NACIONAL MATERNO PERINATAL

.....
PRESIDENTE
Comité de Ética en Investigación

MINISTERIO DE SALUD
INSTITUTO NACIONAL MATERNO PERINATAL

.....
SECRETARIO
Comité de Ética en Investigación



F-08

COMITÉ DE EVALUACIÓN METODOLÓGICA DE LA INVESTIGACIÓN

INFORME N° 013-2021-CEMI/INMP

N° DE EXPEDIENTE FECHA

1. Título del Protocolo

2. Autor (es)

Resumen de Evaluación. Poner visto bueno en los espacios dando su conformidad

ITEM	Adecuado	Observación
Título de investigación	/	
Descripción del Problema.	/	
Formulación del Problema.	/	
Justificación.	/	
Antecedentes de la investigación.	/	
Bases teóricas.	/	
Definiciones conceptuales.	/	
Objetivos.	/	
Hipótesis.	/	
Tipo de Estudio.	/	
Diseño Muestral	/	
Definición y Operacionalización de variables.	/	
Técnicas e Instrumentos de recolección de datos.	/	
Plan de Recolección de datos.	/	
Plan de procesamiento y Análisis de datos.	/	
Presupuesto.	/	
Cronograma de Actividades.	/	
Referencias bibliográficas	/	
Anexos	/	

APROBACION: SI () NO ()

MINISTERIO DE SALUD
INSTITUTO NACIONAL MATERNO PERINATAL
Oficina Ejecutiva de Apoyo a la Investigación y Docencia Especializada

[Signature]

PRESIDENTE
Comite de Evaluación Metodológica y Estadística de La Investigación
Presidente del Comité Metodológico

MINISTERIO DE SALUD
INSTITUTO NACIONAL MATERNO PERINATAL
Oficina Ejecutiva de Apoyo a la Investigación y Docencia Especializada

[Signature]

SECRETARIO
Comite de Evaluación Metodológica y Estadística de La Investigación
Evaluador Metodológico

ANEXO 5: 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

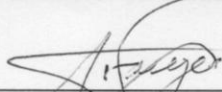
FORMAMOS SERES HUMANOS PARA UNA CULTURA DE PAZ

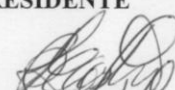
ACTA DE APROBACIÓN DEL BORRADOR DE TESIS

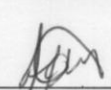
Los abajo firmantes, director/asesor y miembros del Jurado de la Tesis titulada "FACTORES ASOCIADOS AL RIESGO DE DEPRESIÓN POSTPARTO VALORADA POR LA ESCALA DE DEPRESIÓN POSTNATAL DE EDIMBURGO EN PUÉRPERAS ADULTAS ATENDIDAS POR TELECONSULTA EN EL INSTITUTO NACIONAL MATERNO PERINATAL EN EL AÑO 2020", que presenta la Señorita ASTRID JAZMIN VILLANUEVA BASILIO 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 con lo señalado en el Reglamento de Grados y Títulos, y ha sido revisado con el software Turnitin, quedando atentos a la citación que fija día, hora y lugar, para la sustentación correspondiente.

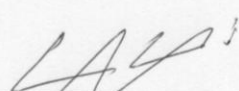
En fe de lo cual firman los miembros del Jurado de Tesis:


MC. Pedro Mariano Arango Ochante
PRESIDENTE


MC. Bertha Teresa Castro Salazar
MIEMBRO


Mg. Jenny Raquel Torres Malca
MIEMBRO


Dr. Jhony A. De La Cruz Vargas
Director de TESIS


Mg. Juan Carlos Ezequiel Roque Quezada
Asesor de Tesis

Lima, 30 de mayo del 2022

ANEXO 6: REPORTE DE ORIGINALIDAD DEL TURNITIN

14 %



1	repositorio.urp.edu.pe Fuente de Internet	11 %	>
2	hdl.handle.net Fuente de Internet	1 %	>
3	www.inmp.gob.pe Fuente de Internet	1 %	>
4	riull.ull.es Fuente de Internet	1 %	>
5	ri.uaemex.mx Fuente de Internet	1 %	>

ANEXO 7: CERTIFICADO DE ASISTENCIA AL CURSO TALLER



UNIVERSIDAD RICARDO PALMA

FACULTAD DE MEDICINA HUMANA

MANUEL HUAMÁN GUERRERO

VII CURSO TALLER PARA LA TITULACION POR TESIS MODALIDAD VIRTUAL

CERTIFICADO

Por el presente se deja constancia que la Srta.


ASTRID JAZMIN VILLANUEVA BASILIO

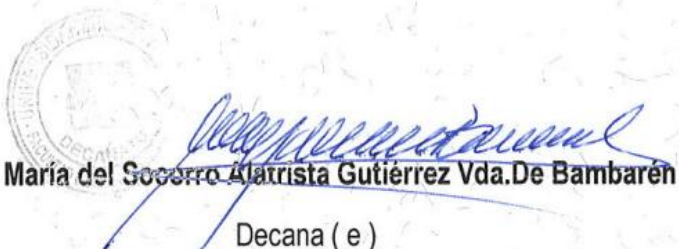
Ha cumplido con los requisitos del CURSO-TALLER para la Titulación por Tesis Modalidad Virtual durante los meses de setiembre, octubre, noviembre, diciembre 2020 y enero 2021, con la finalidad de desarrollar el proyecto de Tesis, así como la culminación del mismo, siendo el título de la tesis:

FACTORES ASOCIADOS AL RIESGO DE DEPRESIÓN POSTPARTO VALORADA POR LA ESCALA DE DEPRESIÓN POSTNATAL DE EDIMBURGO EN PUÉRPERAS ADULTAS ATENDIDAS POR TELECONSULTA EN EL INSTITUTO NACIONAL MATERNO PERINATAL EN EL AÑO 2020.

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

Lima, 12 de enero de 2021


Dr. Jhony De La Cruz Vargas
Director del Curso Taller


Dra. María del Socorro Alarista Gutiérrez Vda. De Bambaren
Decana (e)

ANEXO 8: MATRIZ DE CONSISTENCIA

MATRIZ DE CONSISTENCIA						
FACTORES ASOCIADOS AL RIESGO DE DEPRESIÓN POSTPARTO VALORADA POR LA ESCALA DE DEPRESIÓN POSTNATAL DE EDIMBURGO EN PUÉRPERAS ADULTAS ATENDIDAS POR TELECONSULTA EN EL INSTITUTO NACIONAL MATERNO PERINATAL EN EL AÑO 2020						
PROBLEMA	OBJETIVOS	HIPÓTESIS	VARIABLES	DISEÑO METODOLÓGICO	POBLACIÓN Y MUESTRA	TÉCNICAS E INSTRUMENTOS
¿Cuáles son los factores asociados al riesgo de depresión postparto en puérperas adultas atendidas por Teleconsulta en el Instituto Nacional Materno Perinatal en el año 2020?	GENERAL	Hay una asociación entre los factores de riesgo con la depresión postparto en puérperas adultas atendidas por Teleconsulta en el Instituto Nacional Materno Perinatal en el año 2020.	Dependiente: - Riesgo de depresión postparto Independientes: - Edad - Estado civil - Estado laboral - Paridad	Estudio de tipo cuantitativo, observacional, analítico, transversal.	La población del estudio de investigación está conformada por 2000 puérperas mayores de 17 años y menores de 37 años atendidas por Teleconsulta en el Instituto Nacional Materno Perinatal en el año 2020, con un tamaño muestra de 184.	Ficha de recolección de datos y Escala de Depresión Postnatal de Edimburgo (2002)
	ESPECÍFICOS	Hay una asociación entre la edad y el riesgo de depresión postparto en puérperas adultas atendidas por Teleconsulta en el Instituto Nacional Materno Perinatal en el año 2020.	- Abortos previos - Complicaciones obstétricas - Violencia familiar - Antecedente de depresión			
	Determinar los factores asociados al riesgo de depresión postparto en puérperas adultas atendidas por Teleconsulta en el Instituto Nacional Materno Perinatal en el año 2020.					

		Materno Perinatal en el año 2020.				
	Determinar la asociación entre el estado civil y el riesgo de depresión postparto en puérperas adultas atendidas por Teleconsulta en el Instituto Nacional Materno Perinatal en el año 2020.	Hay una asociación entre el estado civil y el riesgo de depresión postparto en puérperas adultas atendidas por Teleconsulta en el Instituto Nacional Materno Perinatal en el año 2020.				
	Determinar la asociación entre el estado laboral y el riesgo de depresión postparto en puérperas adultas atendidas por Teleconsulta en el Instituto Nacional Materno Perinatal en el año 2020.	Hay una asociación entre el estado laboral y el riesgo de depresión postparto en puérperas adultas atendidas por Teleconsulta en el Instituto Nacional Materno Perinatal en el año 2020.				

<p>Determinar la asociación entre la paridad y el riesgo de depresión postparto en puérperas adultas atendidas por Teleconsulta en el Instituto Nacional Materno Perinatal en el año 2020.</p>	<p>Hay una asociación entre la paridad y el riesgo de depresión postparto en puérperas adultas atendidas por Teleconsulta en el Instituto Nacional Materno Perinatal en el año 2020.</p>				
<p>Determinar la asociación entre los abortos previos y el riesgo de depresión postparto en puérperas adultas atendidas por Teleconsulta en el Instituto Nacional Materno Perinatal en el año 2020.</p>	<p>Hay una asociación entre los abortos previos y el riesgo de depresión postparto en puérperas adultas atendidas por Teleconsulta en el Instituto Nacional Materno Perinatal en el año 2020.</p>				
<p>Determinar la asociación entre las complicaciones obstétricas y el riesgo de depresión postparto en puérperas adultas atendidas por Teleconsulta en el Instituto Nacional Materno Perinatal en el año 2020.</p>	<p>Hay una asociación entre las complicaciones obstétricas y el riesgo de depresión postparto en puérperas adultas atendidas por Teleconsulta en el Instituto Nacional</p>				

		Materno Perinatal en el año 2020.				
	Determinar la asociación entre la violencia familiar y el riesgo de depresión postparto en puérperas adultas atendidas por Teleconsulta en el Instituto Nacional Materno Perinatal en el año 2020.	Hay una asociación entre la violencia familiar y el riesgo de depresión postparto en puérperas adultas atendidas por Teleconsulta en el Instituto Nacional Materno Perinatal en el año 2020.				
	Determinar la asociación entre el antecedente de depresión previa y el riesgo de depresión postparto en puérperas adultas atendidas por Teleconsulta en el Instituto Nacional Materno Perinatal en el año 2020.	Hay una asociación entre el antecedente de depresión previa y el riesgo de depresión postparto en puérperas adultas atendidas por Teleconsulta en el Instituto Nacional Materno Perinatal en el año 2020.				

ANEXO 9: OPERACIONALIZACION DE VARIABLES

VARIABLE	DEFINICIÓN OPERACIONAL	DIMENSIÓN	INDICADORES	ITEMS	NIVELES	INSTRUMENTO
RIESGO DE DEPRESIÓN POSTPARTO (RDP)	Es entendida como el riesgo de la presencia de trastorno depresivo, sin síntomas psicóticos, manifestada durante el primer año postparto (Moreno, Domínguez y Franca, 2004)	Disforia	1. He sido capaz de reír y ver el lado bueno de las cosas. 2. He mirado el futuro con placer. 7. Me he sentido tan infeliz que he tenido dificultad para morir. 8. Me he sentido triste y desgraciada. 9. He sido tan infeliz que he llorado.	1,2,7,8,9	<10: Sin riesgo de depresión postparto 10-12: Límite para riesgo de depresión postparto >= 13: Probable riesgo de depresión postparto ³³	Escala de Depresión Postnatal de Edimburgo (EPDS)
		Ansiedad	4. He estado ansiosa y preocupada sin motivo. 5. He sentido miedo y pánico sin motivo alguno.	4,5		
		Sentimiento de culpa	3. Me he culpado sin necesidad cuando las cosas no salían bien.	3		
		Dificultad para concentrarse	6. Las cosas me oprimen o agobian.	6		
		Ideación suicida	10. He pensado en hacerme daño a mí misma.	10		

VARIABLE	DEFINICIÓN OPERACIONAL	NATURALEZA	ESCALA	MEDICIÓN
EDAD	Años cumplidos	Cuantitativa	De razón	Años
ESTADO CIVIL	Relación que existe con la pareja.	Cualitativa	Nominal politómica	a. Soltera b. Casada c. Viuda d. Conviviente e. Separada f. Divorciada
ESTADO LABORAL	Condición laboral que desempeña la paciente.	Cualitativa	Nominal politómica	a. Estudiante b. Con empleo c. Desempleada d. Independiente e. Labor en casa
PARIDAD	Número de partos en la vida de la paciente incluyendo el último parto de recién nacidos a término y pretérmino.	Cuantitativa	De razón	a. 1 b. 2 c. 3 d. 4 o más
ABORTOS PREVIOS	Presencia de haber sufrido aborto espontáneo o interrumpido.	Cuantitativa	De razón.	a. 0 b. 1 c. 2 d. 3 o más
COMPLICACIONES OBSTÉTRICAS	Complicaciones que se presentan durante el embarazo y el parto, que alteran la anatomía de la paciente.	Cualitativa	Nominal dicotómica	a. SI b. NO
VIOLENCIA FAMILIAR	Se entiende a las formas de abuso dada por los miembros de la familia durante el embarazo o después del parto.	Cualitativa	Nominal politómica	SI NO a. Violencia física (golpes, quemaduras, mordeduras, heridas con arma blanca o de fuego) b. Violencia

				psicológica o emocional (intimidación, humillaciones verbales, manipulación, abandono) c. Violencia sexual (forzar física o psicológicamente a tener relaciones sexuales).
ANTECEDENTE DE DEPRESIÓN PREVIA	Presencia de haber sufrido anteriormente depresión.	Cualitativa	Nominal dicotómica	a. SI b. NO

ANEXO 10: FICHA DE RECOLECCIÓN DE DATOS E INSTRUMENTO UTILIZADO

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Basado en el modelo del INMP del RD N° 285-DG-INMP-2011

ESTUDIO: FACTORES ASOCIADOS AL RIESGO DE DEPRESIÓN POSTPARTO VALORADA POR LA ESCALA DE DEPRESIÓN POSTNATAL DE EDIMBURGO EN PUÉRPERAS ADULTAS ATENDIDAS POR TELECONSULTA EN EL INSTITUTO NACIONAL MATERNO PERINATAL EN EL AÑO 2020

Usted ha sido invitada a participar en una investigación sobre la depresión postparto. El propósito de esta investigación es encontrar la asociación con los factores de riesgo que existen con la depresión postparto. Usted fue seleccionada para participar en esta investigación debido a que luego del parto se da la etapa del puerperio o conocido también como periodo postparto en el que ocurren diversos cambios tanto físicos como psicológicos que pueden ser de gran impacto para usted y su familia, sobre todo en estos tiempos de pandemia por COVID-19; además, se encuentra dentro de las mujeres en puerperio inmediato (periodo dado entre el parto y las 24 horas del postparto) o mediano (periodo comprendido entre el parto y los 42 primeros días) y cuenta con acceso a Internet y WhatsApp.

Si acepta participar en el estudio, usted llenará el presente cuestionario que será realizado de manera virtual con una duración aproximada de 5 a 10 minutos. Ante cualquier duda se le dará una contestación oportuna y clara.

Usted no corre ningún riesgo, ya que el cuestionario no requiere la realización de pruebas adicionales.

Los beneficios esperados con esta investigación serán que se permita identificar a mujeres en puerperio que tengan mayor necesidad de una valoración diagnóstica más completa para prevenir oportunamente la depresión.

La participación en este estudio es totalmente voluntaria. Si usted acepta ingresar al estudio, los resultados serán procesados y después analizados. Si usted lo solicita se le dará los resultados de su evaluación.

Se resguardará la información, nadie más tendrá acceso a la información. Cuando los resultados de este estudio sean publicados o presentados en conferencia, no se dará

información que pueda revelar su identidad. Su identidad será protegida y oculta. Para esto se asignará un número que se utilizará para identificar sus datos y se usará ese número en lugar de su nombre en la base de datos del presente estudio.

Si tiene preguntas o quiere hablar sobre el estudio de investigación puede comunicarse con la persona a cargo de la investigación al correo: astrid.villanuevab@urp.pe

CONSENTIMIENTO

Se me ha explicado con claridad en qué consiste el estudio, además he leído el contenido de este formato de consentimiento. Se me ha dado la oportunidad de hacer preguntas y todas mis preguntas han sido contestadas a mi satisfacción. Se me ha dado una copia de este formato. Al aceptar (SI) este formato estoy de acuerdo en participar en la investigación que aquí se describe.

SI

NO

Le he explicado el estudio de investigación a la participante y he contestado todas sus preguntas. Creo que ella entiende la información descrita en este documento y libremente da su consentimiento.

FICHA DE RECOLECCIÓN DE DATOS

DATOS GENERALES

1. Edad:

2. Estado civil:
 - a. Soltera
 - b. Casada
 - c. Viuda
 - d. Conviviente
 - e. Separada
 - f. Divorciada

3. Estado laboral:
 - a. Estudiante
 - b. Con empleo
 - c. Desempleada
 - d. Independiente
 - e. Labor en casa

DATOS OBSTÉTRICOS

4. Número de partos:
 - a. 1
 - b. 2
 - c. 3
 - d. 4 o más

5. Número de abortos:
 - a. 0
 - b. 1
 - c. 2
 - d. 3 o más

6. Durante su último embarazo, ¿Usted ha tenido alguna complicación durante el embarazo o el parto que haya comprometido la salud de usted y de su bebé?
 - a. SI
 - b. NO

VIOLENCIA FAMILIAR

7. ¿Usted en algún momento de su embarazo o después del parto, ha experimentado algún tipo de violencia por parte de su compañero o esposo o miembro de su familia?
 - a. SI
 - b. NO

¿Qué tipo de violencia?

- a. Violencia física (Sentir daño físico causado por golpes, quemaduras, mordeduras, heridas con arma blanca o de fuego)

- b. Violencia psicológica o emocional (Sentirse agredida por causarle intimidación, humillaciones verbales, manipulación o abandono)
- c. Violencia sexual (Sentirse forzada física o psicológicamente a tener relaciones sexuales)

ANTECEDENTE DE DEPRESIÓN

- 8. ¿Usted, anteriormente, ha sido diagnosticada de depresión?
 - a. SI
 - b. NO

ESCALA DE DEPRESIÓN POSTNATAL DE EDIMBURGO (EPDS)

Validada en español en Perú por Vega-Dienstmaier et al. en el año 2002 (48).

Queremos saber cómo se siente si está embarazada o ha tenido un bebé recientemente. Por favor marque la respuesta que más se acerque a cómo se ha sentido en LOS ÚLTIMOS 7 DÍAS, no solamente cómo se sienta hoy. Por favor complete las otras preguntas de la misma manera.

- | | |
|--|---|
| 1. He sido capaz de reír y ver el lado bueno de las cosas | Sí, a menudo |
| Tanto como siempre | |
| No tanto ahora | |
| Mucho menos | |
| No, no he podido | |
| 2. He mirado el futuro con placer | 5. He sentido miedo y pánico sin motivo alguno |
| Tanto como siempre | Sí, bastante |
| Algo menos de lo que solía hacer | Sí, a veces |
| Definitivamente menos | No, no mucho |
| No, nada | No, nada |
| 3. Me he culpado sin necesidad cuando las cosas no salían bien | 6. Las cosas me oprimen o agobian |
| Sí, la mayoría de las veces | Sí, la mayor parte de las veces |
| Sí, algunas veces | Sí, a veces |
| No muy a menudo | No, casi nunca |
| No, nunca | No, nada |
| 4. He estado ansiosa y preocupada sin motivo | 7. Me he sentido tan infeliz que he tenido dificultad para dormir |
| No, para nada | Sí, la mayoría de las veces |
| Casi nada | Sí, a veces |
| Sí, a veces | No muy a menudo |
| | No, nada |
| | 8. Me he sentido triste y desgraciada |
| | Sí, casi siempre |
| | Sí, bastante a menudo |

- No muy a menudo
No, nada
9. He sido tan infeliz que he estado llorando
- Sí, casi siempre
Sí, bastante a menudo
Sólo en ocasiones
No, nunca
10. He pensado en hacerme daño a mí misma
- Sí, bastante a menudo
A veces
Casi nunca
No, nunca

INTERPRETACIÓN

EPDS < 10: Sin riesgo de depresión postparto

EPDS 10-12: Límite para riesgo de depresión postparto

EPDS >= 13: Probable riesgo de depresión postparto

ANEXO 11: BASES DE DATOS (SPSS)

Edad	E. Civil	E. Laboral	Paridad	Abortos	C. Obst	V. F a m	An t.D	Ite m1	Ite m2	Ite m3	Ite m4	Ite m5	Ite m6	Ite m7	Ite m8	Ite m9	Ite m10	Disforia	Ansi edad	Sentul pa	Difc onc ert	Ids uic	RiD P	RDP	Pre RD P
30	4	4	2	1	1	0	0	0	1	2	2	1	2	2	1	1	2	5	3	2	2	2	14	3	1
32	4	5	1	1	0	0	0	0	0	1	1	1	0	0	0	0	0	0	2	1	0	0	3	1	0
26	4	5	1	1	0	0	0	0	0	2	2	2	2	0	0	0	0	0	4	2	2	0	8	1	0
26	4	3	1	1	1	0	0	0	0	1	2	0	0	0	0	0	0	0	2	1	0	0	3	1	0
25	4	5	3	1	0	0	0	0	0	2	0	0	0	0	1	0	0	1	0	2	0	0	3	1	0
22	4	1	1	1	0	1	0	2	1	2	2	2	2	2	1	1	2	7	4	2	2	2	17	3	1
34	2	4	4	2	0	1	0	0	0	2	1	0	1	1	1	1	0	3	1	2	1	0	7	1	0
34	4	5	2	4	1	0	0	1	0	2	2	2	2	2	2	1	0	6	4	2	2	0	14	3	1
31	2	4	4	3	0	0	0	1	1	2	2	1	2	1	0	1	0	4	3	2	2	0	11	2	0
29	4	5	4	2	0	0	0	1	0	2	2	3	2	2	3	2	2	8	5	2	2	2	19	3	1
31	4	5	3	2	0	0	0	1	0	2	2	3	2	2	3	2	2	8	5	2	2	2	19	3	1
19	4	5	1	1	1	0	0	1	0	2	2	0	2	0	0	1	0	2	2	2	2	0	8	1	0
28	2	2	1	2	0	0	0	0	0	1	2	1	1	0	0	0	0	0	3	1	1	0	5	1	0
24	4	3	1	1	1	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	1	1	0
30	4	3	3	1	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	1	1	0
21	1	2	1	1	0	0	0	0	0	2	0	0	1	0	0	0	0	0	0	2	1	0	3	1	0
24	4	5	2	1	1	0	1	0	1	3	3	2	3	1	3	2	2	7	5	3	3	2	20	3	1
20	4	1	1	1	1	0	1	0	1	2	3	3	0	0	2	3	3	6	6	2	0	3	17	3	1
29	1	5	4	3	0	0	0	0	0	1	2	1	2	0	0	0	0	0	3	1	2	0	6	1	0
26	1	5	3	1	1	0	0	0	2	2	0	0	2	1	2	2	0	7	0	2	2	0	11	2	0
20	1	3	2	2	0	0	0	0	0	3	0	0	0	0	0	0	0	0	0	3	0	0	3	1	0
29	4	5	4	2	0	0	0	0	0	2	2	2	3	2	2	2	2	6	4	2	3	2	17	3	1

31	4	5	3	1	0	1	1	1	1	1	2	2	2	2	2	2	1	2	7	4	2	2	2	17	3	1
33	4	5	2	2	1	0	0	0	0	2	2	1	1	0	0	0	0	0	3	2	1	0	6	1	0	
34	4	5	2	1	0	0	0	0	0	0	2	1	2	0	0	1	0	1	3	0	2	0	6	1	0	
34	2	2	2	1	1	0	0	1	1	1	0	1	2	2	3	2	0	9	1	1	2	0	13	3	1	
28	5	5	1	2	1	1	0	1	1	3	3	2	2	3	1	3	0	9	5	3	2	0	19	3	1	
32	4	5	3	2	1	0	0	0	1	2	2	0	0	0	0	1	0	2	2	2	0	0	6	1	0	
30	4	5	2	1	0	0	0	1	1	2	1	2	2	2	1	3	0	8	3	2	2	0	15	3	1	
25	4	5	2	1	0	0	0	1	1	2	2	2	2	2	1	1	0	6	4	2	2	0	14	3	1	
30	4	5	2	1	0	0	0	0	0	2	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2	0	0	2	1	0	
26	1	5	2	1	0	0	0	1	0	0	2	2	1	1	1	2	1	5	4	0	1	1	11	2	0	
25	4	5	3	1	1	0	0	0	0	2	0	0	2	0	1	1	0	2	0	2	2	0	6	1	0	
33	4	4	2	3	1	0	0	0	0	0	1	1	0	0	0	0	0	0	2	0	0	0	2	1	0	
26	4	5	1	1	1	0	1	0	1	3	2	2	2	2	1	1	0	5	4	3	2	0	14	3	1	
24	4	5	1	1	1	0	0	0	0	2	1	2	2	0	0	1	0	1	3	2	2	0	8	1	0	
28	4	3	1	1	0	0	0	0	0	0	3	0	0	0	0	0	0	0	3	0	0	0	3	1	0	
32	4	5	3	3	1	0	1	2	2	2	2	2	3	1	3	1	2	9	4	2	3	2	20	3	1	
34	1	5	1	2	1	0	0	2	0	2	0	2	0	0	0	0	0	2	2	2	0	0	6	1	0	
30	4	5	3	2	0	1	0	0	1	2	2	2	2	1	1	1	0	4	4	2	2	0	12	2	0	
33	5	5	3	2	0	0	1	1	3	2	3	2	2	0	1	1	0	6	5	2	2	0	15	3	1	
34	4	2	1	4	1	0	0	1	0	2	0	0	0	0	1	0	0	2	0	2	0	0	4	1	0	
25	2	3	1	1	0	0	0	0	0	0	2	2	1	0	0	0	0	0	4	0	1	0	5	1	0	
31	4	5	4	3	1	0	0	0	0	2	2	2	1	2	1	3	0	6	4	2	1	0	13	3	1	
20	4	1	1	1	0	0	0	0	1	1	0	0	0	0	0	1	0	2	0	1	0	0	3	1	0	
22	1	3	2	2	0	0	0	2	0	2	2	0	1	1	0	1	0	4	2	2	1	0	9	1	0	
34	4	5	3	2	1	0	0	0	1	1	2	1	0	0	0	0	0	1	3	1	0	0	5	1	0	
21	1	5	2	1	0	1	0	0	0	2	1	1	2	0	1	1	1	2	2	2	2	1	9	1	0	
26	1	3	3	1	0	0	0	0	0	2	2	0	2	0	0	0	0	0	2	2	2	0	6	1	0	
22	2	5	2	1	1	0	0	3	1	2	2	2	2	1	1	1	1	7	4	2	2	1	16	3	1	

33	4	5	1	2	0	0	0	1	1	1	2	2	2	2	1	1	0	6	4	1	2	0	13	3	1
18	1	1	1	1	1	1	1	1	1	2	3	2	3	1	2	2	2	7	5	2	3	2	19	3	1
30	4	4	1	2	1	0	0	0	0	1	0	0	0	0	1	0	1	0	1	0	0	0	2	1	0
21	4	5	1	3	0	0	1	1	3	1	2	1	1	2	0	1	0	7	3	1	1	0	12	2	0
25	4	5	2	1	1	0	0	2	1	3	3	3	3	2	3	1	2	9	6	3	3	2	23	3	1
25	4	5	4	1	1	0	0	0	1	2	2	2	2	1	1	3	0	6	4	2	2	0	14	3	1
33	4	5	4	2	0	0	0	0	0	1	2	2	2	2	0	1	0	3	4	1	2	0	10	2	0
33	4	5	3	1	0	0	0	1	3	2	2	2	2	0	1	1	0	6	4	2	2	0	14	3	1
26	4	5	3	2	1	0	1	0	0	1	2	0	0	0	0	0	0	0	2	1	0	0	3	1	0
34	2	5	3	1	1	0	0	3	3	2	2	2	2	2	1	1	0	10	4	2	2	0	18	3	1
24	4	5	3	1	1	0	0	2	2	2	0	0	1	0	1	1	0	6	0	2	1	0	9	1	0
28	4	5	1	1	1	0	0	0	0	2	2	2	2	1	1	1	0	3	4	2	2	0	11	2	0
34	1	5	4	1	1	0	0	0	2	2	2	2	1	0	1	1	0	4	4	2	1	0	11	2	0
26	4	5	3	3	0	0	0	0	0	2	0	2	0	0	0	0	0	0	2	2	0	0	4	1	0
28	4	5	2	1	1	0	0	0	0	2	1	0	2	0	0	0	0	0	1	2	2	0	5	1	0
29	4	5	1	3	1	0	0	2	0	2	1	1	1	0	1	1	0	4	2	2	1	0	9	1	0
34	4	5	2	1	1	0	0	1	0	2	1	0	2	0	1	1	0	3	1	2	2	0	8	1	0
31	2	5	1	1	1	0	0	2	1	1	1	1	1	2	1	0	0	6	2	1	1	0	10	2	0
20	4	5	1	1	0	0	0	0	0	2	2	0	1	0	1	1	0	2	2	2	1	0	7	1	0
34	2	5	4	3	1	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	1	1	0
34	4	5	4	1	0	0	0	0	1	2	0	0	0	2	1	0	0	4	0	2	0	0	6	1	0
30	4	5	2	1	0	0	0	0	2	2	2	0	2	0	2	1	0	5	2	2	2	0	11	2	0
25	1	5	2	1	0	0	0	0	0	2	1	1	2	1	1	1	0	3	2	2	2	0	9	1	0
28	4	5	4	2	1	0	0	2	0	2	2	3	2	3	1	1	0	7	5	2	2	0	16	3	1
34	4	5	4	1	0	0	0	1	0	3	2	2	1	2	1	0	2	4	4	3	1	2	14	3	1
34	4	5	1	2	0	0	0	0	0	2	0	0	1	0	1	1	0	2	0	2	1	0	5	1	0
18	4	4	1	1	1	0	0	0	2	2	2	0	2	2	1	1	0	6	2	2	2	0	12	2	0
24	4	5	3	1	0	0	0	2	0	1	2	1	2	0	1	1	0	4	3	1	2	0	10	2	0

23	4	5	1	1	0	0	0	0	0	2	0	1	0	0	0	1	0	1	1	2	0	0	4	1	0
31	2	5	2	1	0	0	0	0	2	3	2	1	0	0	1	0	0	3	3	3	0	0	9	1	0
33	4	4	2	2	1	0	0	0	0	1	3	0	0	0	0	0	0	3	1	0	0	4	1	0	
19	1	4	1	2	1	0	0	2	2	2	2	3	3	3	3	2	13	5	2	3	2	25	3	1	
30	1	5	2	2	1	1	1	2	3	3	3	2	3	2	0	1	2	8	5	3	3	2	21	3	1
21	1	2	1	1	0	0	0	0	0	2	2	1	2	1	1	1	0	3	3	2	2	0	10	2	0
31	2	2	1	4	0	0	0	0	0	2	2	0	1	0	0	1	0	1	2	2	1	0	6	1	0
27	2	3	2	1	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	1	0	1	1	0
31	2	4	2	1	1	0	0	0	0	2	3	1	2	0	0	0	0	0	4	2	2	0	8	1	0
34	2	5	4	1	0	0	0	2	1	2	1	1	1	2	1	1	0	7	2	2	1	0	12	2	0
34	4	3	2	2	0	1	0	1	1	3	0	3	3	3	1	2	0	8	3	3	3	0	17	3	1
33	2	5	2	2	1	0	0	0	0	2	2	2	1	2	1	1	0	4	4	2	1	0	11	2	0
29	4	5	3	3	0	1	0	0	2	2	2	2	3	3	1	2	0	8	4	2	3	0	17	3	1
28	4	2	1	1	0	0	0	0	0	2	0	0	1	0	1	0	0	1	0	2	1	0	4	1	0
18	4	1	1	1	0	0	0	2	1	3	2	1	2	2	3	1	0	9	3	3	2	0	17	3	1
26	4	5	2	1	0	0	0	1	0	1	0	2	1	0	1	1	0	3	2	1	1	0	7	1	0
30	4	5	1	1	1	0	0	2	1	3	2	3	2	2	2	1	1	8	5	3	2	1	19	3	1
34	4	5	4	1	1	0	0	1	0	1	2	2	2	1	1	1	0	4	4	1	2	0	11	2	0
31	4	5	1	1	0	0	0	1	0	2	3	2	2	1	1	1	0	4	5	2	2	0	13	3	1
25	4	5	1	1	1	0	0	2	0	2	3	3	2	0	2	1	0	5	6	2	2	0	15	3	1
34	4	4	4	1	1	0	0	0	0	2	1	0	0	1	1	1	0	3	1	2	0	0	6	1	0
23	4	5	2	1	0	0	0	0	0	2	0	0	2	0	0	0	0	0	0	2	2	0	4	1	0
22	5	5	1	1	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0
28	4	5	2	1	0	0	0	0	0	2	0	1	1	0	0	0	0	0	1	2	1	0	4	1	0
18	1	5	1	1	1	0	1	0	0	2	3	1	0	1	1	1	1	3	4	2	0	1	10	2	0
34	4	4	3	1	1	0	0	1	0	2	0	2	1	0	3	2	0	6	2	2	1	0	11	2	0
34	4	5	4	3	1	0	0	1	1	0	0	0	2	1	1	0	0	4	0	0	2	0	6	1	0
24	4	1	1	1	1	0	0	0	0	0	0	0	1	0	1	1	1	2	0	0	1	1	4	1	0

36	4	3	2	2	1	1	0	3	1	3	0	1	0	2	2	1	0	9	1	3	0	0	13	3	1
23	4	5	1	1	0	0	0	2	1	2	2	0	2	2	1	1	0	7	2	2	2	0	13	3	1
34	4	2	2	1	1	0	1	0	0	3	1	2	1	3	1	3	0	7	3	3	1	0	14	3	1
30	4	2	1	1	1	0	0	1	0	2	2	2	2	0	1	1	0	3	4	2	2	0	11	2	0
27	4	5	4	2	0	0	0	1	3	2	3	2	1	2	2	1	0	9	5	2	1	0	17	3	1
33	4	5	1	1	1	0	0	1	0	2	3	3	1	3	3	0	0	7	6	2	1	0	16	3	1
26	1	5	3	2	0	0	1	0	1	2	2	1	1	2	0	0	0	3	3	2	1	0	9	1	0
27	4	5	2	2	0	0	0	0	0	2	2	0	1	1	0	1	0	2	2	2	1	0	7	1	0
30	4	4	1	1	0	0	0	1	2	0	2	0	1	1	0	0	0	4	2	0	1	0	7	1	0
27	1	3	1	1	1	0	0	1	1	0	2	3	2	1	1	1	0	5	5	0	2	0	12	2	0
33	2	5	4	2	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0
33	2	5	2	2	1	0	1	0	1	2	3	3	2	1	1	1	0	4	6	2	2	0	14	3	1
34	4	5	4	1	1	0	0	0	0	1	3	1	1	0	1	0	0	1	4	1	1	0	7	1	0
34	4	5	3	1	0	0	0	1	1	2	0	0	2	0	1	1	0	4	0	2	2	0	8	1	0
34	4	5	4	1	1	0	0	0	0	2	3	2	2	2	2	1	0	5	5	2	2	0	14	3	1
19	4	5	1	1	0	0	0	1	0	2	3	3	3	3	3	2	0	9	6	2	3	0	20	3	1
34	4	5	3	1	1	0	0	1	0	1	2	1	0	1	0	0	0	2	3	1	0	0	6	1	0
34	4	5	1	1	1	0	0	0	0	2	0	1	0	0	0	0	0	0	1	2	0	0	3	1	0
33	4	4	1	1	0	0	0	2	1	2	0	2	2	2	0	0	0	5	2	2	2	0	11	2	0
34	2	5	2	3	0	0	0	0	1	2	1	2	0	0	0	0	0	1	3	2	0	0	6	1	0
33	2	5	3	1	0	0	0	1	2	1	1	2	1	2	1	1	0	7	3	1	1	0	12	2	0
34	4	4	1	1	0	0	0	0	0	0	2	0	1	0	1	0	1	1	2	0	1	1	5	1	0
34	2	5	1	4	1	0	1	3	2	0	0	0	3	3	3	3	0	14	0	0	3	0	17	3	1
34	2	5	1	1	1	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	1	0	1	0	1	0	0	2	1	0
34	4	5	2	1	0	0	0	2	0	2	2	2	1	1	1	1	1	5	4	2	1	1	13	3	1
32	4	5	1	1	1	0	1	2	2	3	3	3	3	3	2	2	1	11	6	3	3	1	24	3	1
33	4	3	3	1	0	1	0	0	1	2	0	0	2	2	1	1	1	5	0	2	2	1	10	2	0
31	4	5	3	3	1	0	0	2	2	2	2	0	1	1	1	1	0	7	2	2	1	0	12	2	0

30	4	4	2	1	1	0	0	2	2	2	2	2	2	2	1	1	0	8	4	2	2	0	16		1
33	4	5	1	1	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	1	0	0	1	0	1	0	0	2	1	0
30	4	5	2	2	0	0	0	0	0	1	2	1	2	2	0	0	0	2	3	1	2	0	8	1	0
33	4	4	1	1	0	0	0	0	0	2	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2	0	0	2	1	0
34	4	5	4	1	1	0	0	0	0	2	2	0	2	1	1	1	0	3	2	2	2	0	9	1	0
33	4	2	3	1	0	0	0	0	1	0	2	0	2	1	0	1	0	3	2	0	2	0	7	1	0
33	2	4	2	2	0	1	1	0	0	2	2	1	1	0	0	1	0	1	3	2	1	0	7	1	0
30	5	5	2	3	1	0	0	2	2	3	2	3	3	2	1	3	1	10	5	3	3	1	22	3	1
34	4	5	3	2	0	0	0	3	2	2	3	2	2	2	3	1	0	11	5	2	2	0	20	3	1
34	4	5	3	1	0	1	0	0	0	2	2	2	1	2	2	1	0	5	4	2	1	0	12	2	0
33	4	4	1	2	0	0	0	2	0	1	2	2	2	1	1	1	0	5	4	1	2	0	12	2	0
31	4	5	2	2	1	0	0	0	0	0	2	2	2	1	1	1	0	3	4	0	2	0	9	1	0
33	4	5	3	2	1	0	0	3	2	2	2	3	1	2	1	1	1	9	5	2	1	1	18	3	1
23	4	5	2	2	0	0	1	0	0	2	2	1	0	1	1	1	0	3	3	2	0	0	8	1	0
28	4	5	2	1	0	0	0	0	0	2	3	0	1	2	2	1	0	5	3	2	1	0	11	2	0
26	4	5	2	2	1	0	0	0	0	2	2	0	1	2	1	1	0	4	2	2	1	0	9	1	0
22	4	3	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0
27	4	5	2	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0
29	2	5	1	2	0	0	0	2	0	2	2	1	2	2	1	1	0	6	3	2	2	0	13	3	1
33	4	3	1	3	1	0	0	0	1	1	2	1	2	1	0	0	0	2	3	1	2	0	8	1	0
32	4	3	1	1	1	0	0	0	0	0	2	0	0	0	0	0	0	0	2	0	0	0	2	1	0
23	2	5	3	2	0	0	0	0	0	3	0	2	1	2	1	1	0	4	2	3	1	0	10	2	0
30	4	4	1	1	0	0	0	0	3	0	0	0	1	0	0	0	0	3	0	0	1	0	4	1	0
29	4	5	1	3	0	0	0	2	1	3	2	3	3	2	1	1	2	7	5	3	3	2	20	3	1
30	4	5	1	1	0	0	0	1	0	2	2	0	0	0	1	0	0	2	2	2	0	0	6	1	0
20	1	5	1	2	0	0	0	0	2	3	0	1	1	0	0	0	0	2	1	3	1	0	7	1	0
30	2	5	3	1	0	0	0	1	0	1	0	0	0	0	0	0	0	1	0	1	0	0	2	1	0
25	1	4	1	1	0	0	0	1	1	2	2	1	2	2	1	1	0	6	3	2	2	0	13	3	1

34	4	5	4	1	0	0	0	1	0	2	2	2	2	2	1	1	0	5	4	2	2	0	13	3	1
33	4	5	4	3	0	0	0	0	0	2	2	0	2	0	0	0	0	0	2	2	2	0	6	1	0
34	4	5	4	1	0	0	0	0	0	1	2	0	2	0	0	0	0	0	2	1	2	0	5	1	0
33	4	5	3	1	1	0	0	0	1	1	2	1	2	0	0	0	0	1	3	1	2	0	7	1	0
34	2	5	4	2	1	0	0	1	1	1	2	3	2	1	0	1	0	4	5	1	2	0	12	2	0
30	2	4	1	3	1	0	0	0	0	2	2	2	3	2	1	1	0	4	4	2	3	0	13	3	1
34	4	5	4	1	1	0	0	0	0	1	1	0	0	0	0	0	0	0	1	1	0	0	2	1	0
34	4	5	3	2	0	0	0	0	0	1	0	1	0	0	0	1	0	1	1	1	0	0	3	1	0
34	2	5	1	2	1	0	1	0	0	2	2	0	2	1	1	1	0	3	2	2	2	0	9	1	0
30	4	5	1	1	0	0	0	1	1	1	2	0	1	1	0	1	0	4	2	1	1	0	8	1	0
32	4	5	1	2	1	0	0	0	2	2	2	1	0	0	1	0	0	3	3	2	0	0	8	1	0
21	1	2	1	1	0	0	0	0	1	0	2	0	2	0	0	0	0	1	2	0	2	0	5	1	0
28	1	5	1	1	0	0	0	2	0	1	1	2	1	0	1	1	0	4	3	1	1	0	9	1	0
25	4	5	1	1	0	0	0	0	0	0	2	0	0	1	0	1	0	2	2	0	0	0	4	1	0
20	2	1	1	3	0	0	1	0	0	2	1	0	1	0	0	0	0	0	1	2	1	0	4	1	0
34	4	5	2	1	1	0	0	1	1	1	0	0	0	0	1	0	0	3	0	1	0	0	4	1	0
28	4	3	1	1	0	0	0	0	1	0	0	1	2	0	0	0	0	1	1	0	2	0	4	1	0
29	4	5	1	2	1	0	0	3	2	2	1	1	0	0	1	0	0	6	2	2	0	0	10	2	0
22	2	2	2	1	0	0	0	0	0	1	1	0	0	0	1	0	0	1	1	1	0	0	3	1	0
28	5	5	4	3	1	0	0	0	3	0	2	2	1	1	1	1	0	6	4	0	1	0	11	2	0
30	1	2	2	2	0	0	0	1	1	2	0	0	2	1	1	1	0	5	0	2	2	0	9	1	0
34	4	5	2	3	1	0	0	1	1	2	2	2	2	3	2	1	2	8	4	2	2	2	18	3	1