



Universidad Nacional Mayor de San Marcos

Universidad del Perú. Decana de América

Dirección General de Estudios de Posgrado

Facultad de Medicina

Unidad de Posgrado

**Asociación de las características sociodemográficas y
perinatales con la depresión postparto en mujeres
atendidas en un establecimiento del primer nivel de
atención en la región Ancash**

PROYECTO DE INVESTIGACIÓN

Para optar el Título de Segunda Especialidad Profesional en
Psiquiatría

AUTOR

Eunice Vanessa VEGA RODRÍGUEZ

ASESOR

Mg. Ybeth LUNA SOLIS

Lima - Perú

2023



Reconocimiento - No Comercial - Compartir Igual - Sin restricciones adicionales

<https://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/4.0/>

Usted puede distribuir, remezclar, retocar, y crear a partir del documento original de modo no comercial, siempre y cuando se dé crédito al autor del documento y se licencien las nuevas creaciones bajo las mismas condiciones. No se permite aplicar términos legales o medidas tecnológicas que restrinjan legalmente a otros a hacer cualquier cosa que permita esta licencia.

Referencia bibliográfica

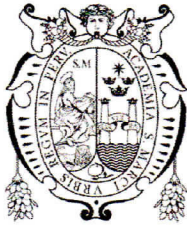
Vega E. Asociación de las características sociodemográficas y perinatales con la depresión postparto en mujeres atendidas en un establecimiento del primer nivel de atención en la región Ancash [Proyecto de Investigación de Segunda Especialidad]. Lima: Universidad Nacional Mayor de San Marcos, Facultad de Medicina, Unidad de Posgrado; 2023.

Metadatos complementarios

Datos de autor	
Nombres y apellidos	Eunice Vanessa Vega Rodriguez
Tipo de documento de identidad	DNI
Número de documento de identidad	71599209
URL de ORCID	https://orcid.org/0009-0003-2015-9043
Datos de asesor	
Nombres y apellidos	Ybeth Luna Solis
Tipo de documento de identidad	DNI
Número de documento de identidad	09929952
URL de ORCID	https://orcid.org/0000-0001-7383-723X
Datos del jurado	
Presidente del jurado	
Nombres y apellidos	Enrique Javier Bojorquez
Tipo de documento	DNI
Número de documento de identidad	10476255
Miembro del jurado 1	
Nombres y apellidos	Francisco Javier Bravo Alva
Tipo de documento	DNI
Número de documento de identidad	07402184
Datos de investigación	

Línea de investigación	B.1.6.1 Factores de riesgo. Prevención y tratamientos: Neoplasia, Diabetes, Salud mental, Enfermedades cardiovasculares
Grupo de investigación	No aplica
Agencia de financiamiento	Sin financiamiento

Ubicación geográfica de la investigación	Edificio: Centro de Salud de Yanama País: Perú Departamento: Ancash Provincia: Yungay Distrito: Yanama Centro poblado: Centro poblado rural Socos Latitud: -9.016766 Longitud: -77.468376
Año o rango de años en que se realizó la investigación	2023
URL de disciplinas OCDE	Psiquiatría https://purl.org/pe-repo/ocde/ford#3.02.24



Universidad Nacional Mayor de San Marcos
 Universidad del Perú. Decana de América



Facultad de Medicina
Vicedecanato de Investigación y Posgrado

PROGRAMA DE SEGUNDA ESPECIALIZACION EN MEDICINA HUMANA

INFORME DE CALIFICACIÓN

MÉDICO: VEGA RODRIGUEZ EUNICE VANESSA

PROYECTO DE INVESTIGACIÓN:

*“ASOCIACIÓN DE LAS CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS Y PERINATALES
 CON LA DEPRESIÓN POSTPARTO EN MUJERES ATENDIDAS EN UN ESTALECIMIENTO
 DEL PRIMER NVEL DE ATENCIÓN EN LA REGIÓN ANCASH”*

AÑO DE INGRESO: 2020

ESPECIALIDAD: *PSIQUIATRÍA*

SEDE: *INSTITUTO NACIONAL DE SALUD MENTAL HONORIO DELGADO - HIDEYO NOGUCHI*

Lima 16.de diciembre.2023

Doctor

JESÚS MARIO CARRIÓN CHAMBILLA

Coordinador del Programa de Segunda Especialización en Medicina Humana

*El comité de la especialidad de **PSIQUIATRÍA***

ha examinado el Proyecto de Investigación de la referencia, el cual ha sido:

SUSTENTADO Y APROBADO

OBSERVADO

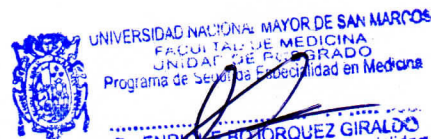
OBSERVACIONES:

NOTA:

17

C.c. UPG

*Comité de Especialidad
 Interesado*



Dr. ENRIQUE JAVIER BOTORQUEZ GIRALDO
 PSICHIATRA
**COMITÉ DE LA ESPECIALIDAD DE
 PSIQUIATRÍA**



UNIVERSIDAD NACIONAL MAYOR DE SAN MARCOS

Universidad del Perú. Decana de América

FACULTAD DE MEDICINA

Vicedecanato de Investigación y Posgrado



CERTIFICADO DE SIMILITUD

Yo **YBETH LUNA SOLIS** en mi condición de asesor según consta Dictamen N° **002502-2023-UPG-VDI-FM/UNMSM** de aprobación del proyecto de investigación, cuyo título es **ASOCIACIÓN DE LAS CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS Y PERINATALES CON LA DEPRESIÓN POSTPARTO EN MUJERES ATENDIDAS EN UN ESTABLECIMIENTO DEL PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN EN LA REGIÓN ANCASH**, presentado por el médico **EUNICE VANESSA VEGA RODRIGUEZ** para optar el título de segunda especialidad Profesional en **PSIQUIATRÍA**.

CERTIFICO que se ha cumplido con lo establecido en la Directiva de Originalidad y de Similitud del Proyecto de investigación. Según la revisión, análisis y evaluación mediante el software de similitud textual, el documento evaluado cuenta con el porcentaje de 6% de similitud, nivel **PERMITIDO** para continuar con los trámites correspondientes y para su publicación en el repositorio institucional.

Se emite el presente certificado en cumplimiento de lo establecido en las normas vigentes, como uno de los requisitos para la obtención título de la especialidad correspondiente.

Firma del Asesor

DNI: 09929952

Nombres y apellidos del asesor: Ybeth Luna Solis



INDICE

CAPITULO I.....	1
Datos generales.....	1
1.1 Título.....	1
1.2 Área de Investigación	1
1.3 Autor responsable del proyecto	1
1.4 Asesor	1
1.5 Institución.....	1
1.6 Entidades con las que se coordinará el proyecto	1
1.7 Duración.....	1
1.8 Clave del Proyecto.....	1
CAPITULO II.....	2
Planteamiento del estudio	2
2.1. Planteamiento del Problema	2
2.1.1. Descripción del Problema	2
2.1.2. Antecedentes del Problema.....	4
2.1.3. Fundamentos	10
2.1.3.1. Marco Teórico	10
2.1.3.2. Marco referencial	17
2.1.4. Formulación del Problema.....	17
2.2. Objetivos de la Investigación	18
2.2.1. Objetivo General	18
2.2.2. Objetivos Específicos	18
2.3. Evaluación del Problema.....	18
2.4. Justificación e Importancia del Problema	18
2.4.1 Justificación Legal.....	18
2.4.2 Justificación Teórico - Científico.....	19
2.4.3 Justificación Práctica.....	19
CAPITULO III.....	20
Metodología.....	20

3.1. Tipo de Estudio.....	20
3.2. Diseño de Investigación	20
3.3. Universo de estudio.....	20
3.4. Población a estudiar	20
3.5. Muestra de Estudio o tamaño muestral.....	20
3.6. Criterios de Inclusión y Exclusión.....	21
3.6.1. Criterios de inclusión	21
3.6.2. Criterios de Exclusión	21
3.7. Variable de Estudio :.....	21
3.7.1. Independiente.....	21
3.7.2. Dependiente.....	21
3.8. Operacionalización de Variables	22
3.9. Técnicas e instrumentos de recolección de datos	24
3.10. Procesamiento y Análisis de Datos.....	25
CAPÍTULO IV.....	25
Aspectos administrativos.....	25
4.1. Plan de Acciones.....	25
4.2. Asignación de Recursos	26
4.2.1. Recursos Humanos	26
4.2.2. Recursos Materiales	27
4.3. Presupuesto o Costo del Proyecto.....	27
4.4. Cronograma de Actividades	28
CAPÍTULO V.....	29
Referencias bibliográficas.....	29
CAPÍTULO VI.....	35
Anexos	35
6.1. Definición de Términos.....	35
6.2. Consentimiento informado	35
6.3. Ficha de Recolección de Datos.....	38

CAPITULO I

Datos generales

1.1 Título

“Asociación de las características sociodemográficas y perinatales con la depresión postparto en mujeres atendidas en un establecimiento del primer nivel de atención en la región Ancash”

1.2 Área de Investigación

Psiquiatría, obstetricia

1.3 Autor responsable del proyecto

Eunice Vanessa Vega Rodriguez

1.4 Asesor

Mtra. Ybeth Luna Solis

1.5 Institución

Instituto Nacional de Salud Mental Honorio Delgado – Hideyo Noguchi

Universidad Nacional Mayor de San Marcos

1.6 Entidades con las que se coordinará el proyecto

Instituto Nacional de Salud Mental Honorio Delgado – Hideyo Noguchi

Universidad Nacional Mayor de San Marcos

Centro de Salud de Yanama-Anchas del Ministerio de Salud

1.7 Duración

1 año y medio

1.8 Clave del Proyecto

Depresión, postparto, mujeres, puerperio, primer nivel de atención

CAPITULO II

Planteamiento del estudio

2.1. Planteamiento del Problema

2.1.1. Descripción del Problema

La depresión posparto (DPP) es un trastorno mental afectivo severo, que afecta hasta al 15% de la población mundial¹, observándose mayores valores en países en desarrollo, en madres adolescentes y en los niveles socioeconómicos más bajos. Sin embargo, a pesar de la gran prevalencia, no es una entidad que se diagnostique con frecuencia a diferencia de otras patologías obstétricas². En América del sur, en Chile, se ha visto una prevalencia del 37% se síntomas depresivos³; en Brasil se encontró una prevalencia de DPP del 26%⁴; y en el Perú se ha visto una prevalencia en Lima metropolitana de 34,4%⁵ y 20%⁶; y en Arequipa, de 27%,8%⁷y 40%⁸.

La DPP es un concepto cuya definición todavía no está bien establecida. La CIE-10 se refiere a trastornos mentales asociados al puerperio si estos comienzan en las 6 primeras semanas postparto⁹. Y, está incluida en el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales, quinta edición (DSM-5) bajo la denominación de “trastorno depresivo mayor con inicio en el periparto”, si el inicio de los síntomas se produce durante el embarazo o en las 4 semanas después del parto¹⁰.

La DPP se relaciona con síntomas psicológicos y alteración de patrones biológicos, entre los que están un estado emocional triste, altos niveles de cansancio, trastornos del sueño y afectación del eje hipotalámico-hipofisario-adrenal¹. La causa de la depresión post parto permanece incierta, pese a que se han descrito una serie de factores asociados, no se ha podido identificar una causa única por lo que se sostiene una etiología multifactorial. Uno de los factores de riesgo predominantes para el desarrollo de depresión posparto es el estrés y los acontecimientos vitales adversos previos que, a su vez, están

asociados con los cambios neuroendocrinos que se encuentran en la depresión posparto, incluida la reprogramación del eje hipotalámico-hipofisiario-adrenal¹ y los cambios epigenéticos¹¹. Entre otros de los factores asociados y señalados en varios estudios encontramos: el haber sufrido violencia de pareja, encontraron que el 27,8% de estas mujeres presentaron DPP⁷; tener un embarazo no deseado, en el 59,62%¹²; el ser soltera, con una prevalencia de DPP del 42%¹³; ser adolescente y múltipara, con una prevalencia del 34,46%¹²; y proceder de una zona rural, tener un bajo grado de instrucción, y no sentirse capaz de cuidar a su bebé⁵. Dentro de los factores obstétricos encontramos: presentar complicaciones durante en el embarazo ya sea por la presencia de alguna enfermedad o haber estado hospitalizada, complicaciones durante el parto, el haber tenido un parto por cesárea, presentar una dificultad para la lactancia materna y el que el bebé haya estado hospitalizado¹⁴.

La DPP es un problema para la salud y la calidad de vida de la madre; entre consecuencias más temidas encontramos el suicidio y el infanticidio, que se asocian a la ausencia de tratamiento de la DPP², se ha visto que el suicidio representa aproximadamente el 20% de las muertes en el posparto¹². Se ha observado que también puede influir en el bienestar de la familia y que incluso aumenta la posibilidad de depresión en su pareja². Además, puede afectar el bienestar del bebé contribuyendo a que tenga problemas en su desarrollo psicomotor, se ha encontrado que mujeres con DPP tienen dos veces más la probabilidad de tener un hijo con alteraciones en el desarrollo psicomotor¹⁵. también pueden presentar mayor dificultad para dormir y alimentarse¹⁶. Y a largo plazo, estos niños corren un mayor riesgo de sufrir deficiencias cognitivas, emocionales, de desarrollo y de habilidades sociales deterioradas¹⁶.

2.1.2. Antecedentes del Problema

En un estudio analítico de corte transversal con una muestra aleatoria de 105 mujeres puérperas mayores de 15 años de una maternidad de Santiago de Chile, encontró una prevalencia del 37% de síntomas depresivos. El no contar con el apoyo de la familia constituyó un factor significativo en el riesgo para el desarrollo de cuadros depresivos. Además, se encontró que a más alto nivel de escolaridad y la influencia del parto vaginal, serían factores protectores frente al cuadro depresivo. Concluyeron que la percepción del funcionamiento familiar fue la única variable que explicó en parte la presencia de síntomas depresivos³.

En un estudio descriptivo con 462 participantes de un hospital público y privado en la ciudad de São Paulo-Brasil, encontraron que la prevalencia de DPP fue de 26% en el hospital público y en el privado, 9%. Además, hubo una asociación positiva de la DPP con depresión previa y con frecuencia de conflictos con el compañero, una relación negativa, con los años de escolaridad y con el score de apoyo social. Concluyeron que cuanto menor sea el nivel educativo de la madre, hay mayor prevalencia de DPP y que las relaciones conflictivas, la falta de apoyo social son factores predictivos de DPP⁴.

En un estudio tipo analítico transversal realizado en mujeres atendidas en el Hospital Santa Rosa, utilizando la escala de depresión post parto de Edimburgo, se identificaron factores asociados a la depresión post parto. Encontraron que, de 125 madres, el 34,4% presentaban depresión-postparto y que los factores asociados a ésta fueron la edad, ser soltera, grado de instrucción analfabeta y primaria, proceder de zona rural, haber presentado abortos previamente, no sentirse capaz de cuidar a su bebé, tener el diagnóstico previo de depresión y depresión post-parto. Concluyeron que la prevalencia de DPP fue alta y esto se asoció a edad, ser soltera, grado de instrucción analfabeta y primaria, proceder de zona rural, haber presentado

abortos previamente, no sentirse capaz de cuidar a su bebé, tener el diagnóstico previo de depresión y depresión post-parto⁵.

En un estudio descriptivo, correlacional, observacional, transversal realizado en la Clínica Good Hope, incluyó a 110 puérperas que cumplieron los criterios de inclusión, a quienes se les aplicó la escala de depresión postnatal de Edimburgo (EDPE) para detectar el riesgo DPP. Se encontró que existe un riesgo de depresión postparto en 20% de ellas, el mayor porcentaje, 29%, oscila entre las edades de 26 a 30 años; 96% estaban acompañadas por su pareja; 60% eran primíparas; 88 % referían parto por cesárea; 96% poseían estudios superiores y el 50% manifestaron embarazo planeado. No se encontró asociación entre el riesgo de DPP y las variables sociodemográficas. Concluyeron que no existe asociación significativa entre el riesgo de Depresión Postparto y las características Sociodemográficas y que existe 20% de riesgo de DPP⁶.

En un estudio observacional, prospectivo y transversal que incluyó a 288 mujeres puérperas que acudieron al servicio de Obstetricia de un hospital nivel III en Arequipa, utilizando la escala de depresión postparto de Edimburgo y el índice de violencia de pareja, previo consentimiento informado, se encontró que el 27,8 % de estas mujeres presentaron depresión postparto y que los factores asociados fueron las discusiones de pareja y la violencia física y no física. Y concluyeron que las discusiones de pareja y la violencia física se asocian a una mayor probabilidad de que las mujeres presenten depresión postparto⁷.

En un estudio analítico de corte transversal que incluyó a 288 puérperas mediatas del servicio de obstetricia del Hospital III Yanahuara – Arequipa, se encontró que el 40% de ellas presentó un tamizaje positivo para depresión postparto. Y concluyeron que hubo una asociación estadística significativa con los siguientes factores: discusión con la pareja, violencia previa y durante a la

gestación, antecedente de depresión antes al embarazo, el estado civil y el grado de instrucción⁸.

En un estudio prospectivo, no experimental, correlacional que incluyó una muestra de 592 mujeres que ingresaron al servicio de hospitalización del Hospital Materno Infantil Dr. José María Vargas en Venezuela; a quienes se les aplicó la escala de Graffar para valorar el estado socioeconómico y la escala de Edimburgo para diagnosticar la presencia de depresión postparto. Encontraron una prevalencia de 34,46% de DPP, esto se vio con más frecuencia en adolescentes y en puérperas multíparas, siendo el desempleo el factor predisponente más común, seguido de las complicaciones obstétricas, el estrato social IV y el embarazo no deseado. Concluyeron que La DPP se presenta con más frecuencia en adolescentes y multíparas; además esto significa un problema para la salud y la calidad de vida de la madre, ya que el suicidio representa aproximadamente el 20% de las muertes en el posparto¹².

En un estudio de tipo analítico, observacional, prospectivo, de casos y controles realizado en el Hospital de Belén de Trujillo que incluyó a 90 puérperas que fueron divididas en 2 grupos: con depresión postparto o sin ella. Encontraron las siguientes prevalencias en cuanto a las categorías de estado civil de las mujeres con depresión postparto: soltera (42%); conviviente (35%) y casada (23%). Por otra parte, en las mujeres sin depresión postparto se encontró: soltera (20%); conviviente (55%) y casada (25%). Y concluyeron que el estado civil es un factor de riesgo para depresión postparto en el Hospital Belén de Trujillo¹³.

En un estudio observacional, analítico de casos y controles, prospectivo, transversal realizado en el Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión, incluyeron 180 madres adolescentes que se dividieron en dos grupos: 90 pacientes que tuvieron depresión posparto (casos) y 90 pacientes sin

depresión posparto (control). A ambos grupos se les aplicó la escala de Edimburgo y un formulario de evaluación de los factores de riesgo. Se encontró que los siguientes factores obstétricos tenían una asociación significativa para depresión posparto: presentar enfermedades durante el embarazo, hospitalización durante la gestación, complicaciones durante el parto, parto por cesárea, dificultad para la lactancia materna y bebé hospitalizado por complicaciones. Dentro de los factores psicológicos se encontraron: el recibir insultos de familiares o de la pareja, la sensación de ansiedad, la sensación de melancolía, la sensación de culpabilidad, la dificultad para concentrarse, la dificultad para criar al bebé, el tener un embarazo no deseado, la depresión antes de la gestación, la depresión durante la gestación, la vivencia de un hecho estresante, el antecedente familiar de depresión, el no contar con el apoyo emocional de la pareja y el no tener una buena relación con la pareja. Asimismo, los factores sociales de riesgo para depresión posparto son: el tener una pareja que no cuenta con trabajo, el no tener el apoyo económico de la pareja y el consumo de sustancias nocivas. Concluyeron que los principales factores de riesgo para la depresión posparto en las madres adolescentes son la mala relación con la pareja, la falta de apoyo económico de la pareja y la hospitalización del bebé por alguna complicación¹⁴.

En un estudio observacional de corte transversal con 360 niños y sus madres como participantes, que se realizó en cuatro centros de atención primaria en salud de la ciudad de Valdivia –Chile, se encontró que el 29% de las madres obtuvieron un puntaje igual o superior a 10 en la Escala de Depresión de Edimburgo y el 16,4% de los niños presentaban un desarrollo psicomotor (DSM) alterado. Hubo mayor frecuencia de DPP en una madre soltera o con pareja inestable. Concluyeron era dos veces más probable que una madre con DPP tenga un hijo con un DSM alterado de aquellas que no tenían DPP¹⁵.

En un estudio analítico observacional prospectivo de casos y controles realizado en el Hospital Regional Honorio Delgado Espinoza de Arequipa

incluyó a 90 puérperas, las cuales respondieron a la Escala de Edimburgo para determinar su condición de caso o control para luego ser divididas en dos grupos: 45 casos (mujeres con depresión postparto) y 45 controles (mujeres sin depresión postparto) y se cuantificó la disfuncionalidad familiar con el cuestionario de APGAR familiar en ambos grupos. Se encontró que 49 puérperas presentaron disfunción familiar, de éstas, el 43 % pertenece al grupo de depresión puerperal y el 28,57 % al grupo sin depresión. De las 41 pacientes sin disfunción familiar, sólo el 24,39% presentaron depresión. Concluyeron que la disfunción familiar es un factor de riesgo para depresión en el puerperio inmediato y que la edad materna, edad gestacional y paridad no demostraron asociación significativa con el riesgo de depresión puerperal en ambos grupos de estudio¹⁷.

En un estudio observacional analítico, prospectivo y transversal en la que se entrevistó a 59 madres entre las dos semanas y 12 meses postparto que cumplieron criterios de selección en el hospital Goyeneche de Arequipa, y se aplicó los criterios diagnósticos del DSM-5 para episodio depresivo mayor, y la escala de depresión postnatal de Edimburgo. Se encontró que el 13,56% de madres encuestadas manifestó haber presentado depresión postparto previo, y 20,34% refirió haber tenido un episodio depresivo anterior. Sólo se halló relación significativa entre la depresión postparto y el antecedente de episodio depresivo. Según DSM-5, el 44,07% de pacientes resultó positivo para episodio depresivo mayor. Con la aplicación de la Escala de Edimburgo se halló que el 28,81% resultó positivo a depresión postparto. Comparando los resultados obtenidos se halla una sensibilidad de 65,38% y una especificidad de 100% para la Escala de Edimburgo en el diagnóstico de depresión postparto. Concluyeron que la escala de depresión postparto de Edimburgo es un instrumento de gran utilidad para el diagnóstico y descarte de depresión en el periodo postparto¹⁸.

En un estudio analítico observacional y transversal con una muestra de 460 puérperas adolescentes captadas durante la cita de control a los siete días del

posparto en los centros de atención primaria de Cartagena-Colombia; se encontró que el 49,6 % de las adolescentes presentaron síntomas depresivos con importancia clínica (SDIC); el 44,3 % presentó bajo apoyo social y el 67,2 % tenía familias disfuncionales. Concluyeron que los SDIC se asociaron a bajo apoyo social, bajo apoyo afectivo y bajo apoyo confidencial¹⁹.

En un estudio descriptivo de corte transversal, incluyeron a 69 puérperas primíparas y multíparas en el establecimiento de Salud I – 3 José Antonio Encinas, Puno; para la obtención de datos se utilizó una entrevista estructurada y se aplicó el test de depresión postparto de Edimburgo modificada. Se encontró que las puérperas primíparas y multíparas que presentaron depresión postparto obtuvieron una puntuación mayor de 10 puntos, de ellas el 21.7% oscilaban entre los 16 a 19 años, el 27.5% procedían de la zona urbana, el 24.6% eran hablantes del idioma castellano, el 18.8% tuvieron grado de instrucción secundaria completa, el 31.9% tenían un estado civil conviviente, el 21.7% tenían como ocupación ser ama de casa y el 18.8% recibieron seis controles prenatales antes de las 31 semanas de gestación. Concluyeron que más de la mitad de puérperas primíparas presentaron depresión postparto en el rango de edad de 16 a 19 años²⁰.

En un estudio no experimental, de casos y controles realizado en el Servicio de Obstetricia y Ginecología del Hospital Dr. Manuel Noriega Trigo, incluyeron una muestra de 100 mujeres en el puerperio tardío que fueron evaluadas mediante la aplicación de la Escala de Depresión Postparto de Edimburgo (EDPS) y por un guión de entrevista. Se encontró, al comparar las puntuaciones totales en la EDPS, y el guión de entrevista, que las adolescentes mostraron un puntaje promedio menor que las adultas; en quienes observaron significativamente una mayor frecuencia de ansiedad, sentimiento de culpa y dificultad para la concentración. También se encontró un 4% de puérperas adolescentes y 72% de las adultas tenían una probable DPP, que al realizarse la entrevista del DSM-4 mostró una prevalencia de 2% y 38%, en adolescentes y adultas respectivamente. En las adultas predominó

como factores de riesgo significativos el bajo nivel educativo, las dificultades con la lactancia y la presencia de trastornos afectivos desde el embarazo. Concluyeron que la DPP fue más prevalente en las madres adultas que en las adolescentes. La limitación del estudio fue que el tamaño de la muestra fue relativamente pequeña, intencionada y no probabilística²¹.

En un estudio descriptivo y prospectivo con 249 participantes, realizado en el Servicio de Obstetricia del Hospital General Oeste de Caracas, se aplicó la escala de Edimburgo y se encontró que en el puerperio inmediato hubo una prevalencia de DPP de 84,2% en las adolescentes y de 81,5% en las adultas sin diferencia significativa entre ambos grupos. El embarazo no deseado fue el factor de riesgo más frecuente tanto para las adolescentes (47,8%) como para las adultas (30,7%), seguido por las complicaciones en el embarazo, parto o puerperio. Concluyeron que la depresión postparto fue elevada en adolescentes y adultas, predominando la depresión post parto moderada²².

2.1.3. Fundamentos:

2.1.3.1. Marco Teórico

La depresión, conocida en el pasado como melancolía, ha sido identificada como un trastorno mental desde el siglo XIX, cuando se comenzaron a recopilar datos estadísticos sobre enfermedades mentales. A lo largo de los años, la depresión mayor ha sido reconocida como una categoría diagnóstica en el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM), desde su creación en 1952¹¹.

La depresión mayor, según el DSM-5, es un trastorno del estado de ánimo en el que se experimenta un episodio depresivo mayor que dura al menos dos semanas. Durante este período, se presentan síntomas como un estado de ánimo deprimido, pérdida de interés o placer en actividades, cambios en el peso, problemas de sueño, agitación o retraso psicomotor, fatiga, sentimientos de inutilidad o culpa, dificultades de concentración y

pensamientos recurrentes de muerte. Estos síntomas afectan negativamente la capacidad funcional y causan un malestar significativo en la persona¹⁰.

Inicialmente, la depresión posparto se clasificaba como un subtipo de depresión mayor, denominado Trastorno depresivo mayor, con inicio posparto en el DSM-IV. Actualmente, el DSM-5 define a la depresión posparto como la depresión que comienza durante el período del periparto, es decir, durante el embarazo o en las cuatro semanas posteriores al parto. Por otro lado, el CIE-10 (Clasificación Internacional de Enfermedades, décima edición) define la depresión posparto como parte de los trastornos mentales relacionados con el puerperio, si los síntomas comienzan en las primeras seis semanas después del parto⁹.

La prevalencia de la depresión posparto se estima en alrededor del 10% al 20% a nivel mundial²³. Sin embargo, esta prevalencia puede variar considerablemente entre culturas y según los niveles de ingresos de los países estudiados. Se ha observado que la depresión posparto a menudo no se diagnostica o no se reconoce, y algunas estimaciones sugieren que más del 50% de las mujeres con depresión posparto no reciben un diagnóstico. Esto ha llevado a un llamado para aumentar la detección de problemas de salud mental durante el período periparto¹¹.

Se han descrito múltiples factores que intervienen en la DPP como:

Factores ambientales: Se han identificado diversos factores ambientales de riesgo asociados a la depresión posparto. Estos incluyen la presencia de depresión y ansiedad durante el embarazo, dificultades en las interacciones madre-bebé, falta de apoyo social, estrés financiero o de pareja, y eventos adversos en la vida. Estos factores pueden interactuar entre sí y con otros aspectos biológicos y personales, influyendo en el riesgo de desarrollar

depresión posparto. Además, se ha observado que las mujeres que han experimentado múltiples eventos adversos a lo largo de su vida, como el abuso sexual durante la infancia o en la edad adulta, tienen un riesgo más elevado de padecer depresión posparto. De hecho, se ha encontrado que estas mujeres tienen tres veces más probabilidades de desarrollar depresión posparto en comparación con aquellas que no han experimentado ningún evento adverso en sus vidas. Este hallazgo resalta la importancia de considerar el impacto de los traumas pasados en la salud mental durante el período posparto. Por lo tanto, es importante considerar estos factores al evaluar el riesgo individual y al diseñar intervenciones preventivas y de tratamiento adecuadas para mujeres en el periodo posparto^{23,24}.

Biomarcadores: Dentro de ellos encontramos a las hormonas reproductivas que tienen un papel significativo en la regulación de las emociones básicas, la excitación, la cognición y la motivación, lo que implica que pueden influir indirectamente en la depresión posparto al afectar factores de riesgo psicológicos y sociales. Además, estas hormonas también desempeñan un papel en la regulación de los sistemas biológicos implicados en la depresión mayor, lo que sugiere que también podrían tener un impacto directo en el riesgo de depresión posparto en las mujeres. Resulta interesante que las mujeres que sufren de depresión posparto pueden ser particularmente sensibles a los efectos de los esteroides gonadales, ya que la suspensión de dosis suprafisiológicas de estradiol y progesterona aumentó los síntomas depresivos solo en pacientes con antecedentes de depresión posparto. Además, se ha descubierto que niveles más bajos de oxitocina predicen la depresión posparto y la gravedad de los síntomas. Sin embargo, otro estudio demostró que los niveles de oxitocina solo predijeron los síntomas de depresión posparto en pacientes con antecedentes de trastorno depresivo mayor^{11,25}.

Además, en un estudio se encontró que la hormona liberadora de corticotropina (CRH) placentaria era un predictor fuerte de la depresión

posparto, y se sugirió como un posible criterio diagnóstico útil. Sin embargo, otro estudio independiente encontró una relación inversa entre los niveles de CRH placentaria y las puntuaciones de depresión, pero al realizar una comparación ajustada por variables adicionales, se encontró que esta asociación no se mantenía. Esto sugiere que la CRH placentaria no está directamente relacionada con un mayor riesgo de depresión posparto y, por lo tanto, no se considera un biomarcador útil en este contexto¹¹.

También se ha propuesto que el esteroide neuroactivo alopregnanolona, podría ser un biomarcador potencial para la depresión posparto. Se ha demostrado que la alopregnanolona tiene efectos ansiolíticos y antidepresivos, lo que la convierte en una candidata prometedoras como biomarcador para la depresión posparto. Además, los niveles de neuroesteroides aumentan durante el embarazo y disminuyen abruptamente en el período posparto. Se ha observado que los niveles de alopregnanolona disminuyen en el trastorno depresivo mayor y aumentan después del tratamiento con antidepresivos. Sin embargo, es importante tener en cuenta que otros estudios no han observado una disminución en los niveles circulantes de alopregnanolona en pacientes con depresión posparto²⁶.

Por último, se han investigado varios otros factores como posibles biomarcadores de la depresión posparto. Por ejemplo, se ha estudiado la relación entre niveles más altos de β -endorfina, una reducción en los niveles de serotonina plaquetaria, un aumento en la densidad de monoaminoxidasa-A, niveles bajos de omega-3 y niveles más bajos de vitamina D, y un mayor riesgo de desarrollar depresión posparto. Sin embargo, es importante tener en cuenta que estos hallazgos aún no se han replicado en estudios adicionales. Aunque estas investigaciones iniciales sugieren una posible asociación entre estos factores y la depresión posparto, se necesita más investigación para confirmar su validez como biomarcadores confiables en este contexto¹¹.

Genética: Se ha encontrado evidencia de una influencia genética en la depresión posparto, basada en estudios con gemelos y familiares. A pesar de los desafíos asociados, varios estudios han identificado polimorfismos en genes o vías específicas que están asociados con la depresión posparto¹¹.

Un gen de interés es el receptor de estrógeno alfa (ESR1), el cual desempeña un papel en la mediación de los cambios hormonales durante el período periparto. Se han encontrado asociaciones entre polimorfismos en ESR1 y síntomas de depresión posparto en algunos estudios, aunque no todos los polimorfismos se mantuvieron significativos después de corregir por múltiples pruebas¹¹.

Otro gen relevante es el de la monoaminoxidasa A (MAOA), una enzima involucrada en la desaminación oxidativa de aminas, incluyendo la dopamina, la norepinefrina y la serotonina. Se ha identificado una asociación entre polimorfismos en el gen MAOA y la depresión posparto, y se ha observado que las variantes de MAOA están correlacionadas con la gravedad de los síntomas de depresión posparto¹¹.

La catecol-O-metiltransferasa (COMT) es otra enzima involucrada. Se ha encontrado que los polimorfismos en el gen COMT son un factor de riesgo para la depresión posparto y están correlacionados positivamente con las puntuaciones de depresión en mujeres durante el período posparto inmediato¹¹.

Se ha encontrado una asociación interesante entre variantes genéticas del gen triptófano hidroxilasa 2 (TPH2) y la depresión posparto. Variantes específicas se han asociado con síntomas de depresión en momentos específicos durante el período periparto. Por ejemplo, se ha observado que los polimorfismos en la región promotora están asociados con síntomas de

depresión durante el embarazo y hasta 6 a 8 meses después del parto, mientras que los polimorfismos en la región del intrón 8 solo se han asociado con síntomas de depresión durante el embarazo, no en el período posparto. También se ha sugerido una posible interacción entre los genes y el entorno, ya que se ha encontrado evidencia de que la expresión del gen TPH2 está regulada negativamente por los receptores de glucocorticoides¹¹.

Se han realizado estudios sobre polimorfismos de un solo nucleótido (SNP) en el gen de la oxitocina (OXT) y el receptor de oxitocina (OXTR) en relación con la depresión posparto. Se ha observado que un SNP en OXT predice tanto la variación en la duración de la lactancia como las puntuaciones de depresión posparto. Por otro lado, una interacción entre un SNP en OXTR y eventos adversos de la vida no se correlacionó con comportamientos maternos, pero sí predijo puntuaciones de depresión previas al parto. Además, se ha detectado una interacción entre un SNP en el gen OXTR y el estado de metilación en relación con la depresión posparto²⁷.

Finalmente, se ha observado que el eje HPA (eje hipotálamo-hipófisis-adrenal) desempeña un papel importante en la depresión posparto. Las variantes en los genes MAOA y COMT, que están implicados en la depresión posparto, también se han asociado con diferencias específicas de género en las respuestas de cortisol frente a un estresor social. Estos hallazgos sugieren que los sistemas de respuesta al estrés pueden influir en el desarrollo de la depresión posparto de manera diferente en hombres y mujeres²⁸.

Con respecto al tratamiento:

Según las recomendaciones de organizaciones como NICE (Instituto Nacional para la Excelencia en Salud y Cuidados) existen varios métodos de tratamiento para la depresión posparto de leve a moderada. Estos métodos

incluyen terapia conductual y cognitiva (TCC), o interpersonal (IPT), ejercicio físico, intervenciones psicosociales, asesoramiento no directivo (escucha activa). También se menciona el uso de antidepresivos cuando la paciente no opta por la psicoterapia, cuando la psicoterapia no está disponible o no ha funcionado, o cuando ha habido episodios de depresión severa en el pasado²⁹.

En casos de depresión posparto severa o en mujeres con antecedentes de depresión severa, se recomienda considerar opciones de tratamiento como terapia de TCC o terapia interpersonal, así como el uso de antidepresivos si la paciente no opta por la psicoterapia o si la psicoterapia no ha sido efectiva. En algunos casos, puede ser necesario combinar antidepresivos y psicoterapia si la respuesta al tratamiento farmacológico o psicoterapéutico es insuficiente²⁹.

Es importante destacar que el tratamiento farmacológico de la depresión posparto en mujeres que no están amamantando no difiere de las pautas para el tratamiento de la depresión no relacionada con el embarazo y el puerperio²⁹.

Se reconoce que algunos antidepresivos son considerados más seguros que otros durante la lactancia, pero la evidencia científica sobre los posibles efectos a largo plazo en el niño es limitada. Estudios han demostrado que las concentraciones de algunos antidepresivos, como fluoxetina y citalopram, pueden ser más altas en el niño lactante, mientras que no se detectaron niveles significativos de nortriptilina, sertralina y paroxetina^{30,31}.

En base a la evidencia actual, se considera que la sertralina y la paroxetina son opciones adecuadas para el tratamiento de la depresión posparto durante la lactancia, ya que presentan menor riesgo acumulativo en comparación con otros antidepresivos. Por otro lado, se sugiere evitar el uso de fluoxetina debido a su larga vida media y al posible riesgo de acumulación en el niño lactante^{30,31}.

Se realizó un metaanálisis donde se encontró que los antidepresivos inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina (ISRS), con certeza baja, pueden ser más efectivos que el placebo en el tratamiento de la depresión posparto, en términos de tasas de respuesta y remisión. Esto indica que se necesitan más estudios de investigación de alta calidad para obtener una comprensión más sólida sobre la efectividad de los ISRS en el tratamiento de la depresión posparto³².

Es importante tener en cuenta que cada caso debe ser evaluado individualmente y que cualquier decisión relacionada con el uso de antidepresivos durante la lactancia debe ser discutida y tomada en consulta con un profesional de la salud, considerando los riesgos y beneficios para la madre y el bebé.

2.1.3.2. Marco referencial

El estudio se realizará en el Centro de Salud de Yanama, dicho establecimiento pertenece al primer nivel de atención del Ministerio de Salud con una categoría I-3. El distrito de Yanama, está localizada en la provincia de Yungay, departamento de Ancash, tiene una población aproximada de 3529 mil personas, de ellas 1067 son mujeres y se encuentran en edad fértil. El centro de salud atiende aproximadamente 3 a 5 partos al mes.

2.1.4. Formulación del Problema

¿Cuál es la asociación de las características sociodemográficas y perinatales con la depresión posparto en mujeres atendidas en un establecimiento del primer nivel de atención en la región Ancash?

2.2. Objetivos de la Investigación

2.2.1. Objetivo General

- Determinar la asociación de las características sociodemográficas y perinatales de la depresión postparto en mujeres atendidas en el Centro de salud de Yanama de la región Ancash.

2.2.2. Objetivos Específicos

- Determinar las características sociodemográficas en mujeres atendidas en el Centro de salud de Yanama de la región Ancash.
- Determinar las características perinatales en mujeres atendidas en el Centro de salud de Yanama de la región Ancash.

2.3. Evaluación del Problema

El proyecto será presentado a la oficina de docencia e investigación del instituto Nacional de Salud Mental Honorio Delgado Hideyo Noguchi y a la unidad de postgrado de la Universidad Nacional Mayor de San Marcos para su aprobación. Así como a la Dirección Regional de Salud de Ancash, Red de Salud Huaylas Norte y a la jefatura del Centro de Salud Yanama para su autorización y aplicación del proyecto.

2.4. Justificación e Importancia del Problema

2.4.1 Justificación Legal

- Constitución Política del Perú (Artículo N° 2 y 14): “Promoción del desarrollo científico y tecnológico” y “Libertad de creación intelectual, artística y científica”.
- Ley General de Salud (N° 26842): “Promoción y divulgación de la investigación científica y tecnológica”.
- Ley universitaria (N° 30220 - Capítulo VI): “Fomento de la investigación, su financiamiento, participación directa de la universidad y respeto por los derechos de autor y las patentes”.

- Reglamento del Sistema Nacional de Residentado Médico (Resolución suprema N° 002-2006-SA – Art N° 17): “Las actividades académicas y de investigación forman parte de las responsabilidades del residente”.

2.4.2 Justificación Teórico - Científico

Es conocido que las que presentan una mayor prevalencia de trastornos depresivos son las mujeres; y este riesgo puede aumentar debido a las fluctuaciones del eje hormonal, las demandas propias del cuidado del recién nacido y la interacción de variables psicosociales que se presentan en el postparto; y pese a tener una prevalencia alta a nivel mundial, no es diagnosticada con frecuencia.

Al determinar la asociación de las características sociodemográficas y perinatales con la DPP, ayudará a que se preste más atención a este trastorno común entre las mujeres en el postparto y se derive a la paciente a un diagnóstico y tratamiento oportuno.

2.4.3 Justificación Práctica

Determinando la asociación de las características sociodemográficas y perinatales con la DPP, se podrá realizar modelos de prevención primaria y secundaria para disminuir los efectos deletéreos tanto en la madre como en su hijo, lo cual mejoraría la salud mental de la madre y beneficiaría al vínculo hijo-madre, y al desarrollo psicomotor, emocional y crianza del niño, para así poder plantear un diagnóstico precoz y realizar intervenciones apropiadas de acuerdo a cada caso.

Asimismo, al no existir estudios similares en la región Ancash, los resultados que se obtengan contribuirán en mucho a futuras investigaciones y se pondrá en relevancia el tema de depresión postparto como un problema de salud pública; y también contribuirá a sensibilizar al personal de salud a que

aprendan a reconocerla, a la importancia de una intervención oportuna y a saber orientar a la madre debidamente según el caso.

CAPITULO III

Metodología

3.1. Tipo de Estudio

Cuantitativo

3.2. Diseño de Investigación

Es descriptivo, transversal y correlacional.

3.3. Universo de estudio

Mujeres que acudan al Centro de Salud de Yanama del Ministerio de Salud de la región Ancash al consultorio de Crecimiento y Desarrollo Pediátrico.

3.4. Población a estudiar

Mujeres que acudan a los consultorios de Crecimiento y Desarrollo Pediátrico de más de 4 semanas de postparto del centro de salud de Yanama de la región Ancash durante los meses de enero a noviembre del 2024.

3.5. Muestra de Estudio o tamaño muestral

Este estudio se realizará con todas las mujeres que acudan a los consultorios de Crecimiento y Desarrollo Pediátrico de más de 4 semanas de postparto del Centro de salud de Yanama de la región Ancash durante los meses de enero a noviembre del 2024, que cumplan con los criterios de inclusión y exclusión; por lo tanto, no se necesitará de un método de muestreo ni el tamaño de la muestra.

3.6. Criterios de Inclusión y Exclusión

3.6.1. Criterios de inclusión

Mujeres que acudan a los consultorios de Crecimiento y Desarrollo Pediátrico de más de 4 semanas de postparto en el Centro de salud de Yanama de la región Ancash durante los meses de enero a noviembre del 2024 que deseen participar en el estudio y que firmen voluntariamente el consentimiento informado.

3.6.2. Criterios de Exclusión

Mujeres con cualquier problema de discapacidad o compromiso del sensorio o incapacidad para comprender o responder las preguntas, y mujeres que no firmen el consentimiento informado.

3.7. Variable de Estudio :

3.7.1. Independiente

Depresión postparto

3.7.2. Dependiente

Características sociodemográficas

Características perinatales

3.8. Operacionalización de Variables

VARIABLE	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DEFINICIÓN OPERACIONAL	DIMENSIONES	INDICADORES	VALOR	ESCALA DE MEDICIÓN	UNIDAD DE MEDIDA	FUENTE DE INFORMACIÓN	INSTRUMENTO DE EVALUACIÓN
Depresión postparto	Es un trastorno del ánimo asociado al puerperio si este comienza en las 6 primeras semanas postparto.	Mujeres que acudan a los consultorios de Crecimiento y Desarrollo Pediátrico de más de 4 semanas de postparto del Centro de salud de Yanama de la región Ancash que obtengan un puntaje positivo en la Escala de depresión postparto de Edimburgo.	Números cardinales	Puntaje obtenido en la escala	≥ 13 puntos	Ordinal	-	Aplicación de la escala e historia clínica	Escala de depresión postparto de Edimburgo
Características sociodemográficas	Conjunto de características biológicas y socioculturales presentes en una población.	Conjunto de características biológicas y socioculturales presentes en las mujeres que acudan a los consultorios de Crecimiento y Desarrollo Pediátrico de más de 4 semanas de postparto del Centro de salud de Yanama de la región Ancash.	-Edad -Estado civil -Grado de instrucción -Ocupación - Número de hijos - Presencia de hijos con enfermedad - Antecedente de depresión - Salud de la madre -Antecedentes familiares de trastornos psiquiátricos - Hábitos nocivos en la madre. - Antecedentes familiares de hábitos nocivos. - Percepción de la relación de pareja.	Ficha de recolección de datos	-	Ordinal	-	Cuestionario que se realiza e historia clínica	Ficha de características sociodemográficas

			<ul style="list-style-type: none"> -Relación con la familia -Antecedente de maltrato físico, psicológico o sexual 						
Características maternas perinatales	Conjunto de características dentro de la etapa perinatal que abarca de las 22 semanas de gestación hasta las 4 semanas postparto.	Conjunto de características dentro de la etapa perinatal que abarca de las 22 semanas de gestación hasta las 4 semanas postparto en las mujeres que acuden a los consultorios de Crecimiento y Desarrollo y Pediatría de más de 4 semanas de postparto del Centro de salud de Yanama de la región Ancash.	<ul style="list-style-type: none"> -Planificación del embarazo -Uso de método anticonceptivo -Dificultad en la concepción -Antecedentes de aborto - Tiempo de gestación -Tipo de parto - Complicación en el embarazo -Complicación en el parto -lactancia materna -Percepción de la maternidad - Ayuda con el cuidado del niño - Presencia de alguna enfermedad del niño - Percepción de su aspecto físico - Reanudó su actividad sexual 	Ficha de recolección de datos	-	ordinal	-	Questionario que se realiza e historia clínica	Ficha de características perinatales

3.9. Técnicas e instrumentos de recolección de datos

Los datos serán recolectados por el investigador en el Centro de Salud de Yanama de la región Ancash en los consultorios de Crecimiento y Desarrollo. Previa explicación del objetivo de estudio y del Consentimiento informado, se aplicará la Escala de Depresión Postparto de Edimburgo para definir la depresión postparto con un puntaje mayor a 13 y posteriormente se realizará una entrevista que durará un promedio de 15 a 20 minutos para recoger información sobre las características sociodemográficas y perinatales de cada mujer.

Instrumentos de recolección de datos

La Escala de Depresión Postparto de Edimburgo desarrollada por Cox y cols³³, validada en Perú en el año 2002 por J. M. Vega-Dienstmaier y cols³⁴, con un punto de corte, que significa el valor por encima del cual un paciente es calificado como deprimido, de 13,5 puntos que da una sensibilidad del 84,21% y especificidad del 79,47%; este instrumento consta de 10 ítems que evalúa el comportamiento de la madre los últimos 7 días; estos ítems se agrupan en síntomas de: disforia (ítems 1, 2, 7, 8 y 9), ansiedad (ítems 4 y 5), sentimiento de culpa (ítem 3), dificultad para la concentración (ítem 6) e ideación suicida (ítem 10). Cada ítem tiene cuatro opciones de respuesta con un puntaje que varía de cero a tres puntos de acuerdo a la severidad de los síntomas; de modo que al final de la prueba el puntaje varía entre 0 a 30 puntos³⁴.

Para obtener las características sociodemográficas y perinatales de cada madre, se elaborará un cuestionario que consta de 30 preguntas divididas en dos sectores, tomando como referencia la literatura nacional e internacional.

3.10. Procesamiento y Análisis de Datos

Las variables cualitativas serán codificadas con números enteros. Se examinará el porcentaje de madres con depresión postparto, y de las variables sociodemográficas y perinatales de las mujeres encuestadas. Se evaluará la asociación entre la depresión postparto y las variables sociodemográficas y perinatales, usando el Test t de Student para comparación de promedios y Test Chi cuadrado para comparación de porcentajes; además, se estimarán los Odds Ratios (OR) y los intervalos de confianza al 95%, para los análisis bivariados. Se considerará un valor estadísticamente significativo si $p < 0.05$.

Para los datos procesados se utilizarán tablas de frecuencia de doble entrada.

Los datos serán procesados y analizados mediante el paquete estadístico SPSS v.26 para Windows, y para la elaboración final de las tablas y gráficos se usará el Excel.

CAPÍTULO IV

Aspectos administrativos

4.1. Plan de Acciones

	Objetivos	Acciones	Fundamento teórico
1	Definir el tema de investigación	Búsqueda sistemática relacionada al tema de investigación	Conocer la problemática del tema
2	Reunir información sobre el tema	Realizar una búsqueda sistemática bibliográfica	Conocer los principales aspectos relacionados al tema

3	Determinar la cantidad de población	Buscar el censo de la población objetivo del estudio	Conocer la población que entrará en el estudio
4	Solicitar los permisos para la ejecución	Contar con todos los permisos, oficios y solicitudes en regla para su correcta ejecución	Al contar con todos los permisos necesarios se cumple todas las normas técnicas y legales para su publicación y sustentación
5	Recolección de datos	Tomar los datos necesarios para los resultados y conclusiones finales	Una vez recolectado los datos se procederá a crear una base de datos y aplicar las pruebas estadísticas
6	Resultados y conclusiones	Establecer la veracidad de las Hipótesis, así como compararlas con los antecedentes de nuestro estudio	En esta fase expondremos la información hallada, así como su significado. A su vez compararemos si el producto obtenido es similar a otros estudios similares

4.2. Asignación de Recursos

4.2.1. Recursos Humanos

Además del investigador se contará con el asesoramiento del médico especialista en psiquiatría, asesor de tesis, digitador y analista estadístico.

4.2.2. Recursos Materiales

Papel, archivador y USB

4.3. Presupuesto o Costo del Proyecto

Presupuesto		
	Costo unitario	Costo Total
Personal		
Digitador	200	700
Analista estadístico	500	
Servicios		
Movilidad	200	800
Alimento (refrigerio)	100	
Fotocopias, anillado, empastado	200	
Internet	300	
Suministros e insumos		
Papel	500	600
Archivador	50	
USB	50	
	TOTAL (en soles)	2100

CAPÍTULO V

Referencias bibliográficas

1. Caparros-Gonzalez R, Romero-Gonzalez B, Peralta-Ramirez MI. (2018). Depresión posparto, un problema de salud pública mundial (carta). *Rev Panam Salud Publica*. 42(97). <https://doi.org/10.26633/RPSP.2018.97>.
2. Mendoza B, Constanza, & Saldivia, Sandra. (2015). Actualización en depresión postparto: el desafío permanente de optimizar su detección y abordaje. *Revista médica de Chile*, 143(7), 887-894. <https://dx.doi.org/10.4067/S0034-98872015000700010>.
3. Dois, A., Uribe, C., Villarroel, L., & Contreras, A. (2012). Factores de riesgo asociados a síntomas depresivos post parto en mujeres de bajo riesgo obstétrico atendidas en el sistema público. *Revista médica de Chile*, 140(6), 719-725. <https://dx.doi.org/10.4067/S0034-98872012000600004>.
4. Morais, M. de L. S. e ., Fonseca, L. A. M., David, V. F., Viegas, L. M., & Otta, E.. (2015). Factores psicosociales y sociodemográficos asociados a la depresión posparto: un estudio en hospitales públicos y privados de la ciudad de São Paulo, Brasil. *Estudios de Psicología (Natal)*, 20 (Estud. psicol. (Natal), 2015 20(1)). <https://doi.org/10.5935/1678-4669.20150006>.
5. Córdova Alva, J. F. (2018). *Factores asociados a depresión postparto en puéperas atendidas en Hospital II-2 Santa Rosa durante septiembre-diciembre, 2017* [tesis de grado, Universidad nacional de Piura]. Repositorio Institucional UNP. <http://repositorio.unp.edu.pe/handle/UNP/1175>.

6. Romero Medina, G. (2015). *Relación entre características sociodemográficas y riesgo de depresión postparto en puérperas de la Clínica Good Hope noviembre de 2015* [tesis de grado, Universidad Ricardo Palma]. Repositorio institucional. <https://repositorio.urp.edu.pe/handle/20.500.14138/767>.
7. Zeballos Gonzales, E., Arias Gallegos, W., Muñoz del Carpio Toia, A., Rivera, R., & Luna Condori, M. (2020). Depresión postparto en mujeres víctimas de violencia doméstica en la ciudad de Arequipa. *Revista Cubana de Obstetricia y Ginecología*, 46(1). Recuperado de <https://revginecobstetricia.sld.cu/index.php/gin/article/view/502>.
8. Luna Condori, R. M. (2018). *Factores Asociados al Riesgo de Depresión Posparto en Puérperas Mediatas del Hospital III Yanahuara, Arequipa, Enero - Febrero 2018*. [tesis de grado, Universidad Católica de Santa María]. Repositorio UCSM-Tesis. <http://tesis.ucsm.edu.pe/repositorio/handle/UCSM/7568>.
9. Vega-Dienstmaier, Johann M. (2018). Depresión postparto en el Perú. *Revista Medica Herediana*, 29(4), 207-210. <https://dx.doi.org/https://doi.org/10.20453/rmh.v29i4.3444>.
10. Asociación Americana de Psiquiatría (2014). Trastornos depresivos. *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales* (pp. 186-187). Panamericana.
11. Payne, J. L., & Maguire, J. (2019). Pathophysiological mechanisms implicated in postpartum depression. *Frontiers in neuroendocrinology*, 52, 165–180. <https://doi.org/10.1016/j.yfrne.2018.12.001>.

12. Meléndez, M., Díaz, M., Bohorjas, L., Cabaña, A., Casas, J., Castrillo, M., & Corbino, J. (2017). Depresión postparto y los factores de riesgo.. *Salus*, 21(3), 7-12.
13. Olortegui Risco, K. (2017). *Estado civil como factor de riesgo de depresión postparto en puérperas del hospital Belén de Trujillo* [tesis de grado, Universidad Privada Antenor Orrego]. Repositorio institucional UPAO. <https://repositorio.upao.edu.pe/handle/20.500.12759/2725>.
14. Atencia Olivas, S. (2015). *Factores de riesgo para la depresión postparto en madres adolescentes atendidas en el hospital nacional Daniel Alcides Carrion durante abril – junio, 2015* [tesis de grado, Universidad Nacional Mayor de San Marcos]. Repositorio de tesis digitales. <https://core.ac.uk/download/pdf/323342911.pdf>.
15. Podestá L, Loreto, Alarcón, Ana María, Muñoz, Sergio, Legüe C, Marcela, Bustos, Luis, & Barría P, Mauricio. (2013). Alteración del desarrollo psicomotor en hijos de mujeres con depresión postparto de la ciudad de Valdivia-Chile. *Revista médica de Chile*, 141(4), 464-470. <https://dx.doi.org/10.4067/S0034-98872013000400007>.
16. Asociación Americana de Psiquiatría. (2020, octubre). *¿Qué es la depresión periparto (anteriormente postparto)?*. APA. <https://www.psychiatry.org/patients-families/postpartum-depression/what-is-postpartum-depression>.
17. Chaparro Quispe, R. K. (2017). *Disfunción Familiar Como Factor De Riesgo Para Depresión En El Puerperio Inmediato En El Hospital Regional Honorio Delgado Espinoza De Arequipa. 2017* [tesis de grado, Universidad Católica de Santa María]. Repositorio UCSM-tesis. <https://tesis.ucsm.edu.pe/repositorio/handle/UCSM/6139>.

18. Paucara Calachahuin, R.C. (2016). *Utilidad de la escala de edimburgo en el diagnóstico de depresión postparto en madres que acuden a consultorios de atención integral del niño en el hospital Goyeneche de Arequipa, 2016* [tesis de grado, Universidad Nacional de San Agustín]. Repositorio UNAS. <http://repositorio.unsa.edu.pe/handle/UNSA/1849>.
19. Cogollo Milanés, Zuleima, Romero Brieva, Yenifer, Morales García, Marianella, Vanegas Nuñez, Jeniffer, López Escobar, Vanessa, & Guazo Meza, Dayana. (2015). Factores asociados a síntomas depresivos con importancia clínica en el posparto en adolescentes de Cartagena (Colombia). *Revista Salud Uninorte*, 31(2), 234-244.
20. Lipa Tudela, F. (2014). *Depresión postparto en puérperas primíparas y multíparas del establecimiento de Salud I – 3 José Antonio Encinas, Puno 2014* [tesis de grado, Universidad Nacional del Altiplano]. Repositorio UNAP. <http://repositorio.unap.edu.pe/handle/UNAP/2794>.
21. Molero, Katherine L, Urdaneta Machado, José Ramón, V, Charles, Baabel Zambrano, Nasser, Contreras Benítez, Alfi, Azuaje Quiroz, Estefany, & Baabel Romero, Nadia. (2014). Prevalencia de depresión posparto en puérperas adolescentes y adultas. *Revista chilena de obstetricia y ginecología*, 79(4), 294-304. <https://dx.doi.org/10.4067/S0717-75262014000400008>.
22. Fernández Vera, Johalys Karina, Iturriza Natale, Alejandra Teresa, Toro Merlo, Judith, & Valbuena, Rosalba. (2014). Depresión posparto valorada mediante la escala de Edimburgo. *Revista de Obstetricia y Ginecología de Venezuela*, 74(4), 229-243. Recuperado en 26 de enero de 2023, de http://ve.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0048-77322014000400003&lng=es&tlng=es.

23. Liu, Y., Zhang, L., Guo, N., & Jiang, H. (2021). Postpartum depression and postpartum post-traumatic stress disorder: prevalence and associated factors. *BMC psychiatry*, 21(1), 487. <https://doi.org/10.1186/s12888-021-03432-7>.
24. Oliveira, T. A., Luzetti, G. G. C. M., Rosalém, M. M. A., & Mariani Neto, C. (2022). Screening of Perinatal Depression Using the Edinburgh Postpartum Depression Scale. Rastreamento da depressão perinatal através da escala de depressão pós-parto de Edinburgh. *Revista brasileira de ginecologia e obstetricia : revista da Federacao Brasileira das Sociedades de Ginecologia e Obstetricia*, 44(5), 452–457. <https://doi.org/10.1055/s-0042-1743095>.
25. Schiller, C. E., Meltzer-Brody, S., & Rubinow, D. R. (2015). The role of reproductive hormones in postpartum depression. *CNS spectrums*, 20(1), 48–59. <https://doi.org/10.1017/S1092852914000480>.
26. Pawluski, J. L., Apter, G., Kulkarni, J., & Osborne, L. M. (2022). Editorial: Neurobiology of Peripartum Mental Illness. *Frontiers in global women's health*, 3, 888088. <https://doi.org/10.3389/fgwh.2022.888088>.
27. Lara-Cinisomo, S., McKenney, K., Di Florio, A., & Meltzer-Brody, S. (2017). Associations Between Postpartum Depression, Breastfeeding, and Oxytocin Levels in Latina Mothers. *Breastfeeding medicine : the official journal of the Academy of Breastfeeding Medicine*, 12(7), 436–442. <https://doi.org/10.1089/bfm.2016.0213>.
28. Serati, M., Redaelli, M., Buoli, M., & Altamura, A. C. (2016). Perinatal Major Depression Biomarkers: A systematic review. *Journal of affective disorders*, 193, 391–404. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2016.01.027>.
29. Instituto Nacional de Salud y Excelencia Asistencial (2014). Salud mental prenatal y posnatal: gestión clínica y orientación del servicio. <http://www.nice.org.uk>.

30. Molyneaux, E., Howard, L. M., McGeown, H. R., Karia, A. M., & Trevillion, K. (2014). Antidepressant treatment for postnatal depression. *The Cochrane database of systematic reviews*, (9), CD002018. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD002018.pub2>.
31. Dominiak, M., Antosik-Wojcinska, A. Z., Baron, M., Mierzejewski, P., & Swiecicki, L. (2021). Recommendations for the prevention and treatment of postpartum depression. *Ginekologia polska*, 92(2), 153–164. <https://doi.org/10.5603/GP.a2020.0141>.
32. Brown, J. V. E., Wilson, C. A., Ayre, K., Robertson, L., South, E., Molyneaux, E., Trevillion, K., Howard, L. M., & Khalifeh, H. (2021). Antidepressant treatment for postnatal depression. *The Cochrane database of systematic reviews*, 2(2), CD013560. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD013560.pub2>.
33. Cox, J. L., Holden, J. M., & Sagovsky, R. (1987). Detection of postnatal depression. Development of the 10-item Edinburgh Postnatal Depression Scale. *The British journal of psychiatry : the journal of mental science*, 150, 782–786. <https://doi.org/10.1192/bjp.150.6.782>.
34. Vega-Dienstmaier, J. M., Mazzotti Suárez, G., & Campos Sánchez, M. (2002). Validación de una versión en español de la Escala de Depresión Postnatal de Edimburgo [Validation of a Spanish version of the Edinburgh Postnatal Depression Scale]. *Actas españolas de psiquiatria*, 30(2), 106–111.

CAPÍTULO VI

Anexos

6.1. Definición de Términos

- **Características sociodemográficas**

Conjunto de características biológicas y socioculturales presentes en una población sujeta a estudio

- **Características perinatales**

Conjunto de características dentro de la etapa perinatal que abarca de las 22 semanas de gestación hasta las 4 semanas postparto.

- **Depresión postparto**

Es un trastorno del ánimo asociado al puerperio si este comienza en las 6 primeras semanas postparto.

6.2. Consentimiento informado

Consentimiento Informado para Participantes de Investigación

El propósito del presente documento es proveer a los participantes en esta investigación que lleva por título asociación de las características sociodemográficas y perinatales con la depresión postparto en las mujeres atendidas en el primer nivel de atención en la región Áncash, una clara explicación de la naturaleza de la misma, así como de su rol en ella.

La presente investigación es conducida por Eunice Vega Rodriguez como médico cirujana de la Universidad Nacional Mayor de San Marcos - Facultad de Medicina Humana, para optar la segunda especialización en psiquiatría.

Si accede a participar en este estudio, se le pedirá responder preguntas de un cuestionario de diez (10) preguntas que durará aproximadamente 10 minutos, y posteriormente una entrevista de veintiún (21) preguntas de aproximadamente 15 o 20 minutos de duración. De tener un resultado positivo en el cuestionario, se le referirá a un CSMC más cercano para su atención.

Si tiene alguna duda sobre este proyecto, puede hacer preguntas en cualquier momento durante su participación en él. Igualmente, puede negarse a participar o retirarse del proyecto en cualquier momento sin que esto la perjudique en ninguna forma. Si alguna de las preguntas le parece incómodas, tiene usted el derecho de hacérselo saber al investigador o de no responderlas.

La información que provea en el curso de la investigación es estrictamente confidencial y no será usada para ningún otro propósito fuera de los de este estudio, también se le entregará una copia del consentimiento. De tener preguntas sobre la participación en este estudio puede contactar a Eunice Vega Rodríguez al teléfono 916279991.

Desde ya, le agradecemos su participación.

Acepto participar voluntariamente en esta investigación conducida por Eunice Vega Rodríguez. He sido informada de que el objetivo de este estudio es: Determinar la asociación de las características sociodemográficas y perinatales de la depresión postparto en mujeres atendidas en el Centro de salud de Yanama.

Me ha indicado también que tendré que responder un cuestionario y preguntas en una entrevista, lo cual tomara aproximadamente de 25 a 30 minutos.

Reconozco que la información que yo provea en el curso de la investigación es estrictamente confidencial y no será usada para ningún otro propósito fuera de los de este estudio sin mi consentimiento. He sido informado de que puede hacer preguntas sobre el proyecto en cualquier momento y que puedo retirarme del mismo cuando así lo decida, sin que esto acarree perjuicio alguno para mi persona. De tener preguntas sobre mi participación en este estudio puedo contactar a Eunice Vega Rodríguez al teléfono 916279991.

Entiendo que una copia de esta ficha de consentimiento me será entregada, y que puedo pedir información sobre los resultados de este estudio cuando este haya concluido. Para esto, puedo contactar a Eunice Vega Rodríguez al teléfono anteriormente mencionado.

.....

Nombre de la Participante	Firma de la Participante	DNI	Fecha
(En letras de imprenta)			

.....

Nombre del investigador	Firma del investigador	DNI	Fecha

6.3. Ficha de Recolección de Datos

ESCALA DE DEPRESIÓN POSTPARTO DE EDIMBURGO

Queremos saber cómo se siente si 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.

- | | |
|--|---|
| 1. ¿He podido reír y ver el lado bueno de las cosas? | 6. ¿Las cosas me oprimen o agobian? |
| Tanto como siempre () | Sí, la mayor parte de la veces () |
| No tanto ahora () | Sí, a veces () |
| Mucho menos () | No, casi nunca () |
| No, no he podido () | No, nada () |
| 2. ¿He mirado el futuro con placer? | 7. ¿Me he sentido tan infeliz que he tenido dificultad para dormir? |
| Tanto como siempre () | Sí, la mayoría de la veces () |
| Algo menos de lo que solía ser () | Sí, a veces () |
| Definitivamente menos () | No muy a menudo () |
| No, nada () | No, nada () |
| 3. ¿Me he culpado sin necesidad cuando las cosas no salían bien? | 8. ¿Me he sentido triste y desgraciada? |
| Sí, la mayoría de veces () | Sí, casi siempre () |
| Sí, algunas veces () | Sí, bastante a menudo () |
| No muy a menudo () | No muy a menudo () |
| No, nunca | No, nada () |
| 4. ¿He estado ansiosa y preocupada sin motivo? | 9. ¿He sido tan infeliz que he estado llorando? |
| No, para nada () | Sí, casi siempre () |
| Casi nada () | Sí, bastante a menudo () |
| Sí, a veces () | Sólo en ocasiones () |
| Sí, a menudo () | No, nunca () |
| 5. ¿He sentido miedo o pánico sin motivo alguno? | 10. ¿He pensado en hacerme daño a mí misma? |
| Sí, bastante () | Sí, bastante a menudo () |
| Sí, a veces () | A veces () |
| No, no mucho () | Casi nunca () |
| No, nada () | No, nunca () |

ENTREVISTA SOBRE LAS CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS Y PERINATALES

ANTECEDENTES SOCIODEMOGRÁFICOS

1. edad : _____ si () no () cuál: _____
2. estado civil
 - soltera ()
 - casada ()
 - divorciada ()
 - conviviente ()
 - viuda ()
3. grado de instrucción
 - primaria completa ()
 - primaria incompleta ()
 - secundaria completa ()
 - secundaria incompleta ()
 - universitario completo ()
 - universitario incompleto ()
 - superior técnico completo ()
 - superior técnico incompleto ()
4. ¿usted trabaja?
 - si () no ()
 - en qué: _____
5. ¿tiene una pareja estable?
 - si () no ()
6. ¿vive sola?
 - si () no ()
7. ¿cuántos hijos tiene? _____
8. ¿alguno de sus hijos tiene alguna enfermedad?
 - si () no ()
9. ¿ha tenido cuadros depresivos anteriores?
 - si () no ()
10. ¿tiene alguna enfermedad crónica?
11. ¿algún familiar tiene depresión?
 - si () no () quién: _____
12. ¿tiene hábitos nocivos?
 - si () no () cuál: _____
13. ¿algún familiar con hábitos nocivos?
 - si () no () cuál: _____
14. ¿cómo es la relación con su pareja?
 - muy buena ()
 - buena ()
 - regular ()
 - mala ()
 - muy mala ()
15. ¿cómo es la relación con su familia?
 - muy buena ()
 - buena ()
 - regular ()
 - mala ()
 - muy mala ()
16. ¿ha recibido usted maltrato físico y/o psicológico?
 - si () no ()

ANTECEDENTES PERINATALES

17. ¿su embarazo fue planificado?
 si () no ()
18. ¿utiliza algún método anticonceptivo?
 si () no ()
19. ¿ha tenido dificultades para concebir?
 si () no ()
20. ¿ha tenido algún aborto?
 si () no ()
21. tiempo de gestación : _____
22. tipo de parto
 vaginal () cesárea ()
23. ¿tuvo alguna complicación en el embarazo?
 si () no ()
24. ¿tuvo alguna complicación en el parto?
 si ()
 no ()
25. ¿tiene algún problema con el amamantamiento?
 si () no ()
26. en los primeros días del parto como se sentía con respecto a la maternidad
 preparada ()
 no preparada ()
 no sabe ()
35. cuidado del niño
 sola ()
 con ayuda de la pareja ()
 con ayuda de los padres ()
 otros:
36. ¿su hijo tiene alguna enfermedad?
 si () no ()
37. ¿se siente bien con su aspecto físico?
 si () no ()
38. ¿usted reanudó su vida sexual?
 si () no ()