Universidad Nacional Mayor de San Marcos
Universidad del Perú. Decana de América
Facultad de Medicina
Escuela Profesional de Obstetricia

Factores de riesgo asociados a la depresión posparto en mujeres atendidas en el Hospital Nacional Sergio E. Bernales, 2023

TESIS

Para optar el Título Profesional de Licenciada en Obstetricia

AUTOR

Lizbeth SALAZAR RICCI

ASESOR

Mg. Nelly María Esperanza BARRANTES CRUZ

Lima, Perú

2025



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

Salazar L. Factores de riesgo asociados a la depresión posparto en mujeres atendidas en el Hospital Nacional Sergio E. Bernales, 2023. [Tesis de pregrado]. Lima: Universidad Nacional Mayor de San Marcos, Facultad de Medicina, Escuela Profesional de Obstetricia; 2025.

Metadatos complementarios

Datos de autor	
Nombres y apellidos	Lizbeth Salazar Ricci
Tipo de documento de identidad	DNI
Número de documento de identidad	70985817
URL de ORCID	No aplica
Datos de asesor	
Nombres y apellidos	Nelly María Esperanza Barrantes Cruz
Tipo de documento de identidad	DNI
Número de documento de identidad	25621624
URL de ORCID	https://orcid.org/0000-0001-6665-438X
Datos del jurado	
Presidente del jurado	
Nombres y apellidos	Emma Felicia Salazar Salvatierra
Tipo de documento	DNI
Número de documento de identidad	08582412
Miembro del jurado 1	
Nombres y apellidos	Mary Guerrero Miranda
Tipo de documento	DNI
Número de documento de identidad	06677086
Miembro del jurado 2	
Nombres y apellidos	María Luisa Torres Chauca
Tipo de documento	DNI
Número de documento de identidad	08718104
Datos de investigación	

Línea de investigación	B.1.6.1. Factores de riesgo. Prevención y tratamientos: Salud mental.
Grupo de investigación	No aplica.
Agencia de financiamiento	Perú. Universidad Nacional Mayor de San Marcos. Vicerrectorado de Investigación y Posgrado. Programa de Promoción de Tesis de Pregrado. E18030044-PTPGRADO.
Ubicación geográfica de la investigación	Edificio: Hospital Nacional Sergio E. Bernales País: Perú Departamento: Lima Provincia: Lima Distrito: Comas Calle: Av. Tupac Amaru N° 8000 Latitud: -11.91416 Longitud: -77.03777
Año o rango de años en que se realizó la investigación	2023 - 2024
URL de disciplinas OCDE	Obstetricia, Ginecología https://purl.org/pe-repo/ocde/ford#3.02.02

17UNIVERSIDAD NACIONAL MAYOR DE SAN MARCOS
FACULTAD DE MEDICINA
ESCUELA PROFESIONAL DE OBSTETRICIA

ACTA DE SUSTENTACIÓN DE TESIS EN MODALIDAD PRESENCIAL PARA OPTAR EL TÍTULO PROFESIONAL DE LICENCIADO (A) EN OBSTETRICIA

1. FECHA DE LA SUSTENTACIÓN: 11/ 03 / 2025

HORA INICIO : 10:30 hrs

HORA TÉRMINO : 11:30 hrs

2. MIEMBROS DEL JURADO

PRESIDENTE : Dra. Emma Felicia Salazar Salvatierra

MIEMBRO : Mg. María Luisa Torres Chauca

MIEMBRO : Mg. Mary Guerrero Miranda

ASESOR (A) : Mg. Nelly María Esperanza Barrantes Cruz

3. DATOS DE LAS TESISTAS

APELLIDOS Y NOMBRES : SALAZAR RICCI LIZBETH

CODIGO : 14010337

TÍTULO DE LA TESIS: "Factores de riesgo asociados a la depresión posparto en mujeres atendidas en el Hospital Nacional Sergio E. Bernales, 2023."

4. RECOMENDACIONES:

5. NOTA OBTENIDA: (17) DIECISIETE

6. PÚBLICO ASISTENTE: (Nombre, apellido y DNI)

N°	NOMBRES Y APELLIDOS	D.N.I.
1	Juan Hilton Salazar Salsavilca	9211759
2	Estelita Quila Ricci Flores	7512923
3	Lynda Cintya Salazar Ricci	70985748
4	Francisco Salazar Ticla	16139525
5	Anmonio Ricse Flores	7360752
6	Sonia Garcia Sotelo	10504014
7	Adriana Ricse Garcia	74899899
8	Sandra Ricse Garcia	46195544
9	Eizer Ricse Garcia	79671192

7. FIRMAS DE LOS MIEMBROS DEL JURADO

DRA. EMMA FELICIA SALAZAR SALVATIERRA **D.N.I. 08582412**	**MG. MARÍA LUISA TORRES CHAUCA** **D.N.I. 08718104**
PRESIDENTE	**MIEMBRO**

MG. MARY GUERRERO MIRANDA **D.N.I. 06677086**	**MG. NELLY MARIA ESPERANZA BARRANTES CRUZ** **D.N.I. 25621624**
MIEMBRO	**ASESOR (A)**

UNMSM Firmado digitalmente por SOLIS ROJAS Mirian Teresa FAU 20148092282 soft Motivo: Soy el autor del documento Fecha: 13.03.2025 01:52:58 -05:00	UNMSM Firmado digitalmente por FERNANDEZ GIUSTI VDA DE PELLA Alicia Jesus FAU 20148092282 soft Motivo: Soy el autor del documento Fecha: 13.03.2025 11:00:58 -05:00
Dra. Mirian Teresa Solis Rojas Directora de la Escuela Profesional de Obstetricia	Dra. Alicia Jesús Fernández Giusti Vicedecana Académica-Facultad de Medicina
DIRECTORA DE LA ESCUELA PROFESIONAL DE OBSTETRICIA	**VICEDECANA ACADÉMICA DE PREGRADO FACULTAD DE MEDICINA**

UNIVERSIDAD NACIONAL MAYOR DE SAN MARCOS
Universidad del Perú. Decana de América
FACULTAD DE MEDICINA
ESCUELA PROFESONAL DE OBSTETRICIA

CERTIFICADO DE SIMILITUD

Yo Mg. Nelly María Esperanza Barrantes Cruz, en mi condición de Asesora acreditada con la Resolución Decanal 000745-2024-D-FM/UNMSM de la tesis, cuyo título **"Factores de riesgo asociados a la depresión posparto en mujeres atendidas en el Hospital Nacional Sergio E. Bernales, 2023"**, presentado por la Bachiller Lizbeth Salazar Ricci, para optar el Título Profesional de Obstetricia.

CERTIFICO que se ha cumplido con lo establecido en la Directiva de Originalidad y de Similitud de Trabajos Académicos, de Investigación y Producción Intelectual. Según la revisión, evaluación y análisis mediante el software de similitud textual, el documento evaluado cuenta con el porcentaje de 13% de similitud, nivel **PERMITIDO**, para continuar con los trámites correspondiente 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 del título correspondiente.





Firma del Asesor:

DNI: 25621624

Nelly María Esperanza Barrantes Cruz

Nombre y apellidos del asesor:

Agradecimiento

Al concluir esta maravillosa etapa de mi vida, deseo agradecer a Dios por siempre guiarme y brindarme fortaleza ante cualquier adversidad.

A mis padres, hermana y novio, por su inmensurable amor y apoyo incondicional.

A mi amado Scayler en el cielo, quien nos regaló incontables momentos de felicidad y nos acompañó fielmente a lo largo de sus casi 16 años de vida.

Mi gratitud también para con la Escuela Profesional de Obstetricia de la UNMSM, por brindarme los conocimientos, enseñanzas y herramientas para formarme como profesional.

Y mi agradecimiento sincero a mi asesora, la Mg. Nelly María Esperanza Barrantes Cruz, por haberme guiado y brindado sus conocimientos, apoyo y paciencia para el desarrollo de esta investigación.

Dedicatoria

A mis amados por su infinito amor y compañía, por siempre creer en mí, ser mi fuente constante de valores y la imagen más representativa de lucha y fuerza por alcanzar sueños y objetivos. Sin su apoyo incondicional este logro no habría sido posible.

Índice

Agradecimiento ..... **ii**

Dedicatoria ..... **iii**

Índice ..... **iv**

Índice de tablas ..... **vi**

RESUMEN ..... **vii**

ABSTRACT ..... **viii**

I. INTRODUCCIÓN **1**

1.1. Introducción 1

1.2. Planteamiento del problema 1

1.3. Objetivos 4

1.4. Importancia y alcance de la investigación 4

1.5. Limitaciones 5

II. MARCO TEÓRICO **7**

2.1. Antecedentes ..... **¡Error! Marcador no definido.**

2.2. Bases teóricas 12

2.3. Definición de términos 18

III. HIPÓTESIS Y VARIABLES **20**

3.1. Hipótesis 20

3.2. Variables 20

3.3. Operacionalización de variables 21

IV. MATERIALES Y MÉTODOS **23**

4.1. Área de estudio 23

4.2. Diseño de investigación 23

4.3. Población y muestra……...23
4.4. Procedimientos, técnicas e instrumentos de recolección de información..24
4.5. Análisis estadístico……..……..26
4.6. Consideraciones éticas…….26
V. RESULTADOS 28
5.1. Presentación y análisis de los resultados……28
VI. DISCUSIÓN 36
VII. CONCLUSIONES 38
VIII. RECOMENDACIONES 39
Referencias bibliográficas 41
Anexos……50

Índice de tablas

Tabla 1. Características generales de las encuestadas 28
Tabla 2. Características obstétricas de las encuestadas..... 30
Tabla 3. Factores sociales de las encuestadas y la relación con la depresión postparto 31
Tabla 4. Factores obstétricos de las encuestadas y la relación con la depresión postparto..... 33
Tabla 5. Factores psicológicos de las encuestadas y la relación con la depresión postparto..... 35

RESUMEN

Objetivo: Determinar los factores de riesgo asociados a la depresión posparto en mujeres atendidas en el Hospital Nacional Sergio E. Bernales, 2023.

Materiales y métodos: Estudio de enfoque cuantitativo observacional, analítico de casos y controles, prospectivo y de corte transversal. Se evaluó a un grupo de 78 madres con depresión postparto y 173 madres que no presentaron depresión. El instrumento fue un cuestionario de factores de riesgo y el Test de Edimburgo.

Resultados: Dentro de las características generales, se halló que el 77.3% eran adultas, el 64.5% eran convivientes, el 39.4% tenían secundaria completa, el 79.7% eran amas de casa, el 96.4% provenían de Lima Norte y el 61.4% eran católicas. Según sus características obstétricas, el 63.8% tuvieron de 1 a 2 hijos, el 54.5% tuvieron 1 parto vaginal, el 50% tuvieron 1 parto por cesárea, 37.1% tiene un hijo vivo. Respecto a los factores sociales, no se encontró factores asociados ya que se presentó un $p>0.05$, para todos los casos. Igualmente, con los factores obstétricos, dado que se presentaron valores mayores a 0.05. En el caso de los factores psicológicos, se encontró que los sentimientos de culpa ($p=0.029$; OR:2.532; IC95%:1.099-5.830) y las preocupaciones o dificultades para cuidar al bebé ($p=0.011$; OR:2.768; IC95%:1.259-6.088) son factores de riesgo para la depresión postparto.

Conclusión: Los principales factores de riesgo asociados a la depresión posparto en mujeres atendidas en el Hospital Nacional Sergio E. Bernales, 2023, fueron los factores de riesgo psicológicos como tener sentimientos de culpa y el tener preocupaciones o dificultades para cuidar al bebé.

Palabras Clave: Factores de riesgo, Depresión postparto, Test de Edimburgo.

ABSTRACT

Objective: Determine the risk factors associated with postpartum depression in women treated at the Sergio E. Bernales National Hospital, 2023.

Materials and methods: Study with a quantitative observational, analytical, case-control, prospective and cross-sectional approach. A group of 78 mothers with postpartum depression and 173 mothers who did not present depression were evaluated. The instrument was a risk factor questionnaire and the Edinburgh Test.

Results: Within the general characteristics, it was found that 77.3% were adults, 64.5% were cohabitants, 39.4% had completed secondary school, 79.7% were housewives, 96.4% came from Lima Norte and 61.4% were Catholics. According to their obstetric characteristics, 63.8% had 1 to 2 children, 54.5% had 1 vaginal birth, 50% had 1 cesarean birth, 37.1% had a live child. Regarding social factors, no associated factors were found since a $p>0.05$ was present for all cases. Likewise, with obstetric factors, given that values greater than 0.05 were presented. In the case of psychological factors, it was found that feelings of guilt ($p=0.029$; OR:2.532; 95%CI:1.099-5.830) and worries or difficulties in caring for the baby ($p=0.011$; OR:2.768; 95%CI) %:1,259-6,088) are risk factors for postpartum depression.

Conclusion: The main risk factors associated with postpartum depression in women treated at the Sergio E. Bernales National Hospital, 2023 were psychological risk factors such as having feelings of guilt and having worries or difficulties in caring for the baby.

Keywords: Risk factors, Postpartum depression, Edinburgh Test.

I. INTRODUCCIÓN

1.1. Introducción

Uno de los puntos de inflexión de mayor importancia en la vida de una mujer es el embarazo y el parto. Las mujeres en los periodos prenatal y posparto suelen experimentar problemas de salud mental. La aparición de problemas de salud mental puede causar devastación y discordia en las distintas interacciones de la persona. La depresión en los periodos prenatal y posparto es un trastorno psiquiátrico común y debilitante, prevalente en todo el mundo[1].

Estudios previos demostraron que la depresión se presentaba típicamente entre mujeres, a diferencia de los hombres. Las principales razones de la depresión entre las mujeres se atribuyeron a la transición hormonal, como la pubertad, el embarazo y los cambios menopáusicos. En particular, después de dar a luz, la mujer necesita cuidados adicionales y se le deben dar las prioridades adecuadas de atención médica. Además, cualquier acto desagradable puede provocar en esta etapa una depresión que será devastadora para toda la familia[2].

Debido a ello, se establece que la depresión en el puerperio es una manifestación clínica grave y mostrándose típicamente por medio de irritabilidad, angustia, pérdida de apetito, alteración del sueño, etc. Dicha manifestación clínica tiene un impacto de significancia en el desarrollo y desenvolvimiento funcional de las progenitoras y todo su entorno social cercano[3]. Es por ello por lo que, es esencial identificar y estudiar los factores de la depresión posparto para determinar los posibles causales que puedan ocasionar esta patología.

1.2. Planteamiento del problema

Determinación del problema

La depresión posparto es reconocida mundialmente por ser un factor incapacitante y de preocupación por su frecuencia y consecuencias negativas en aquellas que lo experimentan. Ya que su frecuencia y prevalencia es significante como se comprueba en diferentes estudios científicos[4]. Así mismo, es la afección psicológica más común que se da después del parto y puede involucrar un efecto de manera negativa en el bienestar social y cognitivo de los cónyuges, los bebés

y la familia en general. La probabilidad de episodios depresivos puede ser el doble comparándolo con otros ciclos o episodios en la vida de una mujer y, a menudo, no se detectan ni se tratan, lo que genera estragos en las parejas, así como en el crecimiento emocional y cognitivo de los bebés[5]. La desesperación, tristeza, náuseas, alteraciones en los patrones de sueño y alimentación, reducción del deseo sexual, episodios de llanto, estados de ansiedad, irritabilidad, y sentimientos de aislamiento social, pensamientos intrusivos de autolesiones o de dañar al bebé, e incluso pensamientos suicidas son signos comunes de depresión[6].

De acuerdo con la literatura científica se han encontrado asociaciones con diferentes factores que predisponen la depresión posparto, estos pueden ser la edad de la madre, el parto a término, el estado civil de la madre, la cantidad de hijos que tiene, el nivel de escolaridad, antecedentes de depresión, antecedentes de otras enfermedades psicológicas, etc[4].

Entidades de salud, por ejemplo, “Organización Mundial de la Salud” (OMS)[7,8], exhorta a los sistemas sanitarios a brindar atención postnatal en los primeros días del nacimiento de un bebé, ya que es un periodo donde la madre puede presentar riesgos emocionales y físicos que, si no se tratan en el momento adecuado pueden conllevar a terribles consecuencias. Los reportes exponen que la depresión posparto tiene una prevalencia del 6.5% al 20% en mujeres en todo el mundo, en caso graves, se ha hecho reporte que es una variable que ha influenciado en el 20% de los decesos maternos después del parto. Asimismo, se presenta pensamientos intrusivos como ideas de lesión al infante (36%), rechazo al bebé (34%) además, en casos extremos, se han reportado tentativa de infanticidio[8]. Así mismo, la depresión posparto ocurre generalmente en adolescentes, madres con parto pretérmino y aquellas que radican en áreas urbanas[9].

A nivel Latinoamericano, la “Organización Panamericana de la Salud” (OPS)[10] expresa que la depresión posparto es un trastorno mental severo que está señalado en el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM-V) bajo el nombre de “trastorno depresivo durante el periodo perinatal”, el cual se viene vinculando con el filicidio y suicidio, así como también, una causa

de deceso femenino. Según los reportes, en México la depresión posparto es una afección que aqueja al 56% de madres de este país, y en Brasil tiene un promedio de 3 a 11%[11]. Así mismo, se ha encontrado casos de depresión posparto en Chile con un 22%; por otro lado, en Colombia, 57% de casos evaluados presentaron indicadores de sintomatología depresiva, además de factores que podrían anticipar la enfermedad, como, por ejemplo, la historia de abortos, episodios de desánimo y falta de descanso[12]. Esto fue similar en un estudio efectuado durante la pandemia en mujeres puérperas de un hospital en Colombia, donde se identificó que el 30.4% tenía riesgo de depresión y la causa principal era por la falta de red de apoyo de sus familiares o pareja, junto con violencia intrafamiliar y el gran temor por contagiarse del COVID-19[13].

En el contexto nacional, el "Ministerio de Salud" (MINSA)[14] refiere que de no tratarse a tiempo puede generar psicosis, autoagresión o agresión hacia el bebé, por ello es importante realizar la diferenciación de los cambios hormonales de la depresión en madres. Así también, se conoce que numerosas mujeres afrontan la maternidad en situaciones muy caóticas, ya que viven en circunstancias inestables, no tienen educación avanzada, no desearon el bebé y no reciben ayuda financiera estable. Esto se muestra en un estudio realizado durante pandemia, donde se constató que las puérperas percibían incertidumbre y rehúso a la lactancia materna por temor de contagio, además de presentar angustias maternales y vivencias desfavorables que les generaban alteraciones emocionales[15].

En el hospital Sergio E. Bernales, los casos de depresión posparto también son preocupantes. Esto se evidencia con el estudio de Gonzales[16], donde se determinó que el 46.47% de gestantes adultas presenta depresión posparto en este nosocomio, por lo que es importante realizar un control psicológico e identificar los factores que se asocian a la depresión posparto. Además, en este hospital se percibe que la problemática que más resalta es que no existe un control y seguimiento psicológico a las mujeres en el posparto, es decir, el equipo de salud esta desentendido de la situación psicológica que atraviesa dicha mujer, lo que conlleva a que pueda estar en riesgo su integridad psicológica o física.

Todo lo expuesto, muestra que, en el periodo de la procreación, la mujer que decide ser madre es susceptible a alteraciones debido a cambios emocionales y hormonales que se expresan en su cuerpo, con suposiciones de vida e ideales antes de la presentación con su hijo. Es así que, la depresión posparto es una condición que puede tener efectos devastadores en las madres, así como en sus hijos, por esta razón, resulta relevante identificar aquellos factores de riesgo vinculados a la depresión posparto en mujeres atendidas en el Hospital Nacional Sergio E. Bernales.

Formulación del problema

¿Cuáles son los factores de riesgo asociados a la depresión posparto en mujeres atendidas en el Hospital Nacional Sergio E. Bernales, 2023?

1.3. Objetivos

Objetivo general

- Determinar los factores de riesgo asociados a la depresión posparto en mujeres atendidas en el Hospital Nacional Sergio E. Bernales, 2023.

Objetivos específicos

- Identificar los factores de riesgo sociales asociados a la depresión posparto.
- Identificar los factores de riesgo obstétricos asociados a la depresión posparto.
- Identificar los factores de riesgo psicológicos asociados a la depresión posparto.

1.4. Importancia y alcance de la investigación

En la actualidad, la depresión posparto se considera una condición médica que afecta con frecuencia a las mujeres de los países emergentes. En nuestro país, existen diversos estudios que distinguen los factores de riesgo relacionados a la depresión posparto, por lo que es necesario contrastar los hallazgos previos en el Hospital Sergio E. Bernales, con el fin de corroborar los resultados obtenidos en esta investigación, lo cual es un aporte teórico valioso para los profesionales

de salud. Además, a través de la presente investigación se pueden plantear tres aspectos claves para obtener beneficios en la práctica. En primer lugar, el Hospital Nacional Sergio E. Bernales puede implementar o mejorar diferentes tipos de apoyo, como el informativo, el material, el emocional y la evaluación de la atención brindada por parte del personal de la salud y los integrantes del entorno familiar, lo cual podría promover la capacidad de las mujeres para manejar sus síntomas de depresión. En segundo lugar, al identificar una carga de salud mental en la muestra y dado que, según Gonzales[16] el 46.47% de gestantes adultas presentan depresión posparto, el Hospital deberá reforzar los programas de promoción de bienestar, los cuales se encuentran entre las prioridades de salud de la agenda de desarrollo global, ya que la Meta 3.4 de la Agenda de Desarrollo Sostenible solicita que los países: “Para 2030, deben reducir en un tercio la mortalidad prematura por enfermedades no transmisibles”. En tercer lugar, los profesionales de salud, pueden considerar los resultados para ofrecer medidas de apoyo e intervenciones personalizadas para mejorar los resultados maternos e infantiles. Así mismo, esta investigación tiene una justificación de utilidad metodológica, ya que el análisis y recolección de datos persigue los pasos estrictos de los periodos del método científico, lo cual le otorga originalidad, rigor y objetividad. Además, se empleó un estudio cuantitativo, siendo el instrumento de medición cuestionarios que fueron validados con anterioridad y aplicados al presente estudio, dichos cuestionarios exponen un buen nivel de confiablidad, de forma que, se convierten en instrumentos claves para obtener resultados fiables de la temática tratada.

1.5. Limitaciones

Como limitación metodológica, se tiene el empleo de cuestionarios basados en la autopercepción de los participantes, lo que pudo haber introducido sesgos en las respuestas. Aunque los cuestionarios utilizados son validados y confiables, la técnica de encuesta de manera virtual puede no garantizar la total exactitud de los datos obtenidos.

En cuanto a la recolección de datos, la disposición de las mujeres para participar también representó una limitación, ya que no todas estuvieron dispuestas a completar los cuestionarios. Para mitigar esta limitación, fue necesario coordinar

previamente con las participantes y establecer un horario adecuado para ambas partes, lo cual implicó mayor esfuerzo y tiempo. Además, algunos participantes pudieron no haber seguido las indicaciones de manera adecuada, lo que podría haber afectado la calidad de los datos y superado las capacidades de control de la investigadora.

II. MARCO TEÓRICO

2.1. Antecedentes

Santiago et al., 2023 en México, efectuaron su estudio con el objetivo de "cuantificar la prevalencia de depresión posparto en un conjunto de participantes mexicanos por medio de la Escala de Edimburgo y los factores de riesgo asociados con su inicio". Se trabajó con una muestra de 717 individuos y se halló que 106 resultaron positivas en depresión posparto, siendo la prevalencia del 14.9 %. La edad media fue de 26 años, el estar soltero fue un aspecto protector de la predisposición de la depresión posparto, y el estar casada presentó vulnerable a la depresión posparto. También, a mayor nivel escolar, menor es la disposición a la depresión posparto [17].

Citu et al., 2022 en Rumania, presentaron como objetivo "determinar la depresión posparto y su posible asociación entre el tiempo de nacimiento en pandemia y los factores de riesgo de la depresión posparto". Fue un estudio cuantitativo y transversal, empleando la "Escala de Depresión Postnatal de Edimburgo" (EPDS) en 154 mujeres. Se halló que la depresión posparto fue prevalente en un 18.8%. Se encontró que las mujeres que dieron a luz en la cuarta ola de la pandemia presentaron depresión posparto siendo este un factor de riesgo (28.8% frente a 11.4%; p=0.006). No se mostró asociación con la edad, el nivel educativo, el lugar de residencia, el tipo de nacimiento, el número de hijos, el sexo del bebé o complicaciones durante el embarazo[18].

An et al., 2021 en China, realizaron un estudio con el propósito de "explorar la condición y los factores de riesgo de la depresión posparto, así como las demandas de cuidados médicos entre las madres chinas en posparto durante la crisis sanitaria global provocada por la COVID-19". Efectuaron un estudio transversal que contó con 209 mujeres en posparto y fueron evaluadas mediante la "Escala de depresión posparto de Edimburgo". Se halló que la incidencia de síntomas depresivos posparto fue del 56.9%. La edad, historial de aborto y el estrés percibido fueron los factores vinculados con la depresión posparto ($p < 0.01$). Las tres principales necesidades de atención médica fueron la orientación sobre la crianza de los bebés (78%), la orientación sobre la protección materna

e infantil (60.3%) y la orientación dietética (45%). El estudio concluye que las féminas de 25 a 34 años, historial de aborto y altos niveles de sintomatología relacionada al estrés tenían un mayor riesgo de depresión posparto[19].

Atuhaire et al., 2021 en Uganda, realizaron un estudio con el propósito de "determinar la prevalencia y comprender los factores asociados con la depresión posparto entre las madres del suroeste de Uganda". Se trató de una investigación de corte transversal, llevado a cabo en un conjunto de 292 madres de 6 a 8 semanas después del parto. Se halló que una alta proporción de estas tenía entre 20 y 34 años (80.1%), estaban casadas (95.2%), habían alcanzado al menos la educación secundaria (36.3%), residían en áreas urbanas (66.1%) y residían en casas permanentes (79.5%). También, la mayoría de las participantes había dado a luz al menos a dos hijos antes del embarazo actual (63.1%) y no había experimentado muertes infantiles anteriores (89.4%). Así mismo, la prevalencia general de depresión posparto fue del 27.1%, esto no varió por el número de nacimientos anteriores o el modo de nacimiento. Cinco factores asociados fueron: bajo apoyo social percibido, estado de VIH positivo, residencia rural, complicaciones obstétricas y llanto excesivo del bebé[20].

Ramiro et al., 2021 en Argentina, efectuaron su estudio con el objetivo de "estudiar la salud mental de puérperas en Argentina durante el aislamiento social obligatorio". Se trabajó en un conglomerado de participantes de 305 puérperas. Se determinó que la edad media del conjunto muestral fue de 30.51 años, la mayoría estaba en pareja (96%) y tenía ≥12 años de educación formal (93%). Además, el 68% estaban empleadas y el 86% tenían seguro médico. En cuanto a los datos obstétricos, el 58% de las participantes eran primíparas, el 49% eran primigestas y el 73% fueron reclutadas durante los primeros 6 meses de posparto. Dieron a luz después de ≥38 semanas de embarazo en el 85% de los casos, siendo el 65% por cesárea. Así mismo, el 37% de las mujeres con depresión posparto informaron que, el 46% presentó insomnio, el 42% deterioro de la memoria, el 60% baja concentración, el 50% baja memoria y el 23% baja eficacia de la lactancia. Además, se encontraron asociaciones significativas que demuestran que el aislamiento social promovió la depresión posparto, y junto al insomnio se relacionaron recíprocamente, lo que comprometió la cognición y la

eficacia femenina. Esta situación se agravó en las mujeres durante el posparto tardío, con hijos previos y por el bajo apoyo social (p. ej., familia, profesionales de la salud), incrementándose la lactancia materna no exclusiva[21].

Morillo E., 2021 en Trujillo, planteó como objetivo “valorar los factores asociados a la depresión postparto”. La metodología que se empleó fue descriptiva, observacional y transversal que tuvo como muestra a 153 madres. Se halló que el 25% tuvo una prevalencia de puntaje 14 a más en la escala de EPDS. Se halló que las mujeres con una media de edad de 29 años tuvieron depresión posparto, el 73% estaban casadas y el 19% convivía con su pareja. Respecto a la educación, el 18% de la muestra con depresión posparto tenía educación superior y el 59% que no tenía depresión posparto tenía los mismos estudios. Tenían casa propia el 16% de mujeres con depresión posparto y el 48% de mujeres sin depresión posparto. Así mismo, se reportó que el 24% de casos con depresión posparto tenía acceso a los servicios básicos al igual que el 69% de casos sin depresión posparto. Se concluye que no se halló factores asociativos con la presencia de la depresión posparto[22].

Liang et al., 2020 en China, efectuaron su estudio con el objetivo de “estimar la prevalencia de la depresión posparto y las variables vinculadas a esta en mujeres de Guangzhou, China, durante la pandemia de COVID-19”. Llevado a cabo desde el 30 de marzo del 2020 al 13 de abril del 2020 mediante un cuestionario anónimo vía internet completado por 864 participantes que tenían entre 6 y 12 semanas luego de darse el parto y se administró la versión china de la “Escala de Depresión Postnatal de Edimburgo”. Se cuantificó que la prevalencia fue del 30%. Además, se identificó características, por ejemplo, ser inmigrante, haber padecido fiebre persistente, apoyo social insuficiente y tener inquietudes por contagiarse de COVID-19 y determinadas medidas de precaución como factores[23].

Seif et al. 2020 en Arabia Saudita, realizaron un estudio con el fin de “determinar la prevalencia de la depresión posparto en Riyadh y evaluar variables predictoras”. Se trabajó con una muestra de 174 madres y se halló que el 38.5% de ellas reportaron depresión posparto. Las participantes se encontraban en un grupo de edad de 25 a 45 años (115), la mayoría de ellas tenía un alto nivel

educativo (101) pero estaban desempleadas (136). Se observó una asociación de significancia entre la ocurrencia de depresión posparto con un cónyuge que no brinda apoyo (p=0.023) y eventos de vida estresantes recientes (p=0.003). Los predictores significativos de depresión posparto fueron cónyuge que no apoya (p=0.049), acontecimientos vitales estresantes de manera reciente (p=0.005) y cesárea como tipo de parto (p=0.049)[24].

Abebe et al., 2019 en Etiopía, efectuaron su estudio con el objetivo de "evaluar los síntomas depresivos posparto en madres que acudían al servicio de atención posnatal del estado". Fue un estudio transversal que incluyó a 511 madres. Se encontró que la edad media fue de 24.3 ± 3.83 años. De las participantes, 353 (69.1%) tenían entre 20 y 29 años y 94.5% estaban casadas. Casi 3 de cada 5 mujeres, 305 (59,7%), estaban desempleadas y la mayoría, 485 (94.9%), tenían educación formal. Del total de encuestadas, 331 (64.8%) tuvieron su primer embarazo y casi 1 de cada 4 participantes, 133 (26%), habían hospitalizado a sus bebés. Casi 1 de cada 5 mujeres, 88 (17.2%), dieron a luz por cesárea y 89 (17.4%) tuvieron un embarazo no deseado. Además, el 22.1% tenía una prevalencia de depresión posparto y los factores asociados con los síntomas fueron: eventos vitales estresantes, toma de decisiones domésticas, embarazo no planeado, violencia de pareja y hospitalización de sus bebés[25].

Roumieh et al. 2019 en Siria, tuvieron como objetivo "identificar la prevalencia de depresión posparto e investigar variables asociadas". Se aplicó un estudio transversal que tuvo una muestra de 1105 mujeres. Se determinó una edad media fue de 27.7 años. El porcentaje con educación superior fue de 18.6% y las que trabajaban fuera de casa fue de 17.7%. El 11.8% compartía la casa con tres familiares o más, y es importante señalar que el 46.5% de las mujeres reportaron que fueron desplazadas internas (forzadas u obligadas a dejar sus hogares como resultado del actual conflicto en el país). El 33.1% eran primigestas, el 53.9% refirieron parto por cesárea y el 16.3% refirieron algún problema de salud durante el embarazo. Así también, se evidenció que el 28.2% reportaron puntuaciones de 13 o más en la "Escala de Edimburgo" y la data estimó que la depresión posparto se asoció significativamente con un problema de salud reportado en el embarazo anterior, desplazamiento y exposición percibida a muchos agentes

estresores de la vida, mientras que la atención prenatal tuvo un efecto protector[26].

González et al., 2019 en Cuba, plantearon como objetivo “determinar la incidencia y los factores que contribuyen a la aparición de depresión posparto en las mujeres que han dado a luz”. Fue un estudio transversal con una muestra de 139 madres, a quienes se les aplicó el instrumento EPDS. Se halló que el 13.66% presentó un tamizaje positivo para depresión posparto y solo el 12.12% fueron diagnosticadas. El 84.89% de las féminas encuestadas no presentaron depresión posparto. Por otro lado, como factores de riesgo se presentó: tener menos de 20 años (OR: 1.55), ser soltera (OR: 11.16), tenencia de dos hijos (OR: 5.66), depresión previa al embarazo (OR: 5.45) y antecedentes de violencia (OR: 2.16)[27].

Alise et al., 2019 en Brasil, tuvieron como objetivo de su estudio “identificar signos y síntomas de la depresión posparto y factores asociados”. Se trabajó con 166 mujeres, mismas a quienes se les aplicó el instrumento EPDS. Los resultados mostraron que cerca del 15% de las féminas presentaban sintomatología de depresión posparto, pero no se evidenció relación alguna con los aspectos socioeconómicos y clínicos-obstétricos. Además, el tamizaje mostró que el porcentaje de participantes con sintomatología clara se encontraban en la media de otros estudios del país y, por lo tanto, se exhortó la importancia de la identificación rápida en el contexto hospitalario entre las 48h a 72h posteriormente al parto[28].

Masías M y Arias W, 2018 en Arequipa, buscaron determinar la prevalencia de la depresión posparto. Se realizó tamizaje a 113 progenitoras que acudieron a sus controles posnatales y se les aplicó la escala de EPDS. Se halló que cerca del 40% de las participantes no tenía riesgo de depresión posparto, 14 % presentó riesgo y 45 % tenían síntomas de depresión posparto. Asimismo, se descubrió que, a mayor nivel educativo, menores eran los niveles de depresión posparto, aunque no se observaron diferencias de significancia en relación con el tipo de parto o el estado civil de las madres [29].

2.2. Bases teóricas

Depresión

Referenciando lo dicho en el “Manual de Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales” (DSM-IV), la depresión, también conocida como trastorno depresivo mayor o depresión clínica, es un síndrome clínico o trastorno del estado de ánimo. Este se define por la presencia de una serie de características clínicas; no obstante, no muestra una etiología específica, todo lo contrario, se apuesta por una perspectiva multicausal, tanto psicológicos como biológicos[30]. La sintomatología característica de este fenómeno clínico se muestra en sentimientos persistentes de tristeza y desesperanza, pérdida de interés en las actividades (anhedonia). Aparte de los problemas emocionales ocasionados por la depresión, los individuos pueden experimentar síntomas físicos como dolor crónico o problemas digestivos. Para que se diagnostique como depresión, estos síntomas deben persistir durante al menos dos semanas [31].

También la OMS define la depresión como “un trastorno mental frecuente que tiene como características la pérdida de placer o interés, tristeza, falta de autoestima, sentimientos de culpa, trastorno de apetito o sueño, falta de concentración o sensación de cansancio”[30]. La depresión aborda un problema médico general, debido a su alta prevalencia en todo el planeta, la causalidad de la depresión es diversa, ya que incluye factores psicosociales, hereditarios y naturales. Cada vez más individuos en todo el planeta están propensos a tener depresión, entre las cuales hay numerosos adolescentes y adultos jóvenes; el efecto de factores psicosociales en la población adulta joven puede agravar el poder de la enfermedad, además, aumentan dramáticamente la ideación suicida e incluso lograr el objetivo con éxito[32]. Así mismo, se conoce que la depresión en damas en edad reproductiva es extremadamente normal y no es predominante a todas luces en la etapa puerperal. Sin embargo, existe una conexión entre episodios depresivos posparto con mayor gravedad y necesidad de hospitalizaciones en esta etapa[33].

Bases neuro-bioquímicas

Distintos estudios mediante investigaciones de imagen en individuos con trastorno depresivo mayor mostraron alteraciones estructurales en múltiples regiones del cerebro, por ejemplo, la corteza prefrontal, amígdala e hipocampo. Es por ello que se conoce que la depresión se considera un trastorno inflamatorio, caracterizado por niveles elevados de citocinas inflamatorias en la sangre de quienes la padecen. Este trastorno también se asocia con un incremento en las proteínas de fase aguda, incluyendo la haptoglobina, alfa1-antitripsina, alfa1-ácido glucoproteína, ceruloplasmina y las fracciones de globulina alfa1 y alfa2, junto con una reducción en las proteínas de respuesta aguda negativas, como la albúmina y la transferrina, así como concentraciones aumentadas de C3 y/o C4[34].

La activación inmunológica, añadida la inflamación crónica, tiene efectos en el sistema neuroendocrino dando lugar a la sintomatología que se conoce como depresión. El estrés crónico puede desencadenar una activación continua del sistema inmune, llevando al desarrollo de esta enfermedad. La hiperactivación del eje hipotálamo-hipofisario-adrenal y de la amígdala aumenta el tono simpático, lo que libera citocinas proinflamatorias como IL-1beta y TNF-alfa. Estas citocinas activan el NF-κB, que a su vez eleva la producción de IL-6 e IL-8, induce la producción de interferón gamma (INF-gamma) por las células T, y aumenta la producción de proteínas de fase aguda[35].

El enfoque biológico de la depresión ha estado centrado en la hipótesis de las monoaminas, que sugiere que un déficit funcional de los neurotransmisores como la noradrenalina (NA) y la serotonina (5-HT) encontradas en regiones límbicas del cerebro es la causa subyacente. Este planteamiento fue respaldado por el descubrimiento de que la reserpina, un fármaco antihipertensivo que disminuye las reservas de monoaminas, provocaba episodios depresivos en algunos individuos. Por lo tanto, se especuló que la depresión se debe a una disminución en la disponibilidad de NA y 5-HT, lo que explica por qué los antidepresivos son efectivos al aumentar la disponibilidad extracelular de estos neurotransmisores[36].

Depresión durante el embarazo

Es una alteración del humor que afecta a mujeres durante el periodo gestacional. Las pacientes con este trastorno tienen mayores riesgos de presentar recaídas en el posparto y se asocia a complicaciones fetales y obstétricas[37]. Además del posible impacto negativo en los resultados del embarazo, la depresión en este periodo se asocia con la ruptura del vínculo materno-infante, irritabilidad y disminución de la actividad, y los neonatos de madres deprimidas corren el riesgo de tener alteraciones de desarrollo cognitivo y una mayor prevalencia de problemas de salud mental. Es así que, la depresión que comienza durante el embarazo frecuentemente continúa o empeora después del parto[38].

Múltiples factores de riesgo se han asociado con la depresión durante el embarazo, los cuales incluyen factores sociales, psicológicos, biológicos y genéticos. También, revisiones sistemáticas evidencian como factores de riesgo al estrés de la vida, antecedentes de depresión, ansiedad materna, falta de apoyo social, menor frecuencia de ejercicio, embarazo no deseado, violencia de la pareja, historial de abuso infantil, ingresos bajos, educación baja, tabaquismo, soltería y mala calidad de relación. Otros estudios recientes mostraron asociaciones entre experiencias infantiles adversas y depresión, y en mujeres obesas y con sobrepeso se han presentado una mayor probabilidad de desarrollar síntomas que en comparación de mujeres con peso normal[39].

Por todo lo expuesto, se reconoce que este trastorno mental perjudica la calidad de vida de las progenitoras y sus relaciones cercanas, influye en los resultados del parto y la probabilidad de dar de lactar, y ocasiona efectos a largo plazo en el desarrollo cognitivo y emocional de los niños[40].

Puerperio

Tomfohr y Madigan[40] explican que el lapso que abarca desde la expulsión de la placenta hasta las seis semanas siguientes se conoce como periodo posparto o puerperio. Este periodo se divide en varios sub periodos: el periodo posnatal inmediato, que comprende las primeras dos horas después de darse el parto y se caracteriza por un alto riesgo de hemorragia; el periodo posnatal temprano, que abarca los primeros siete días posparto, durante los cuales existe un elevado

riesgo de infecciones y trastornos hipertensivos maternos asociados al embarazo; y por último, el periodo posnatal tardío, que se extiende de seis a ocho semanas después del parto.

Mora[38] explica que este es el periodo que transcurre después del parto y se extiende hasta que el cuerpo de la madre vuelve a su estado previo al embarazo. Durante esta etapa, el útero se contrae para volver a su tamaño normal, se produce una eliminación progresiva de los loquios (sangre, moco y tejido que se desprenden del útero), y la madre atraviesa alteraciones hormonales que pueden desencadenar síntomas como dolor abdominal, cansancio, sudores en las noches, cambios de humor y cambios en la piel y el cabello. El puerperio también es un periodo importante para la adaptación de la progenitora al cuidado de su bebé y para el establecimiento de la lactancia materna. El tiempo que dura el puerperio puede variar según cada mujer, pero suele durar entre seis y ocho semanas.

Depresión posparto

La depresión posparto es un trastorno depresivo no psicótico que el DSM-V clasifica como un episodio de depresión mayor que comienza dentro de las cuatro primeras semanas luego de darse el nacimiento de un bebe[41]. Aquellos factores incluyentes son eventos sociales estresantes, como la pobreza, la violencia en relaciones de pareja, antecedentes de pérdida de embarazo, embarazo no deseado que son variables que tienen efectos adversos en la salud materna. Una distinción importante que hace que la depresión posparto sea única de otros trastornos depresivos es que está marcada por componentes de ansiedad prominentes y se vuelve un problema que no solo tiene efectos adversos inmediatos en la madre, el recién nacido y la familia, sino que también puede conducir a una morbilidad a largo plazo de depresión crónica o recurrente[42].

Se conoce también que la depresión grave posparto es una enfermedad difícil que ejerce influencia perturbadora en la relación de pareja o solidez familiar, influye en la confianza y certeza de la madre, debilita el estado social y compromete la satisfacción personal. Los efectos secundarios más serios

pueden incorporar consideraciones de lastimarse a sí mismo, lastimar al niño o preocuparse muy poco por el niño. De hecho, incluso la extrema depresión posparto está relacionada con una peligrosa apuesta de comportamiento autodestructivo y filicidio materno[43].

Diagnóstico

La determinación de la depresión posparto tuvo algunas inconveniencias, entre ellas el escaso reconocimiento de problemas de conducta durante el embarazo. Gran parte de los efectos secundarios graves analizados durante el puerperio comenzaron o procedieron a su curso durante la gestación, sin perjuicio de saber que la determinación y el tratamiento adecuado previo a darse el parto infiere una menor probabilidad de tener depresión posparto. Por otra parte, es común que ciertos síntomas se confundan con el propio proceso del embarazo[44], ya que durante las primeras semanas después del embarazo, alrededor del 80% de las madres experimentan una llamada disforia/tristeza posparto, representada por una profunda inestabilidad, problemas, privación del sueño, llanto, agotamiento, irritabilidad y nerviosismo. Esto transcurre el día 3 a 10 post parto y se ha relacionado la propia fisiología hormonal en dicha etapa, de esta manera, no necesita tratamiento farmacológico, pero sí completamente el respaldo y apoyo familiar[45].

Tratamiento

La finalidad detrás de un tratamiento para la depresión en una gestante, es trabajar en su forma de pensar que limite los riesgos para el desarrollo de un organismo/embrión subdesarrollado. Debe comenzar con procedimientos amplios, por ejemplo, detener el uso de cafeína, nicotina, licor o tratando de aumentar las horas de descanso. Es muy posible que se mueva hacia estrategias de relajación, psicoterapia o apoyo de grupo[46].

Factores de riesgo de depresión posparto

Se hace referencia a eventos que incrementa la probabilidad de padecer un problema de salud o enfermedad. Esto implica que las personas afectadas advierten riesgos mayores en comparación con otras. En el caso de mujeres en

el periodo posparto, los estudios informan factores de riegos similares, de los cuales, cuatro son incluidos de forma constante: factores sociodemográficos, que incluyen baja educación, tener trabajo o no, trabajar en casa, estrato social pobre y edad joven; los factores de relación conyugal y familiar, incluyen la falta de relación con la familia y la carencia de apoyo de la misma; los factores relacionados con el embarazo y el parto incluyen complicaciones del parto y el embarazo, embarazo planificado o no planificado, y parto vaginal o cesárea[47].

Se conoce también que para el desarrollo de este punto, los factores de riesgo son varios entre ellos están: avanzada edad, el embarazo no deseado, problemáticas con la pareja, roces familiares, el estatus socioeconómico, el número de hijos, los problemas médicos relacionados con la salud reproductiva de la mujer, la cesárea, la administración de anestesia durante el parto, las condiciones de salud del recién nacido y las dificultades con la lactancia, así como otros factores[48].

Factores sociales

Los factores sociales son influencias externas que afectan el comportamiento de las personas. Son elementos que provienen de la sociedad y que pueden influir en los pensamientos, emociones y comportamientos de las personas. En el caso de las mujeres con depresión posparto, los estudios buscan conocer si son desempleadas, solteras o casadas, base económica deficiente, malas condiciones de vida, falta de apoyo social, si viven en un hogar multifamiliar o con su pareja, si tienen apoyo social de sus familiares o problemas de salud[49].

Ciertas investigaciones indican que el tener tres o más hijos constituye un factor que incrementa el riesgo para experimentar depresión posparto. Esto podría explicarse debido a que la crianza continua y múltiples hijos exige que la madre dedique sus recursos personales de manera equitativa para cuidar tanto al recién nacido como a los hijos mayores. Asimismo, al formar parte de un estrato socioeconómico desfavorecido, se puede inferir que la llegada de un nuevo hijo implica una redistribución de recursos de manera más extensa el presupuesto familiar, lo cual puede generar mayores tensiones económicas y emocionales [50].

Factores obstétricos

Los factores obstétricos de las madres en posparto, son las características relacionadas al nacimiento o tiempo después del trabajo del alumbramiento, si son madres adolescentes, si tuvieron un embarazo de alto riesgo, número de hijo, si son primerizas y el tipo de parto; la presencia de estos hace notar factores de riesgo, no necesariamente en todos los casos causan depresión posparto, ya que numerosas mujeres no experimentaron los efectos nocivos de la depresión posparto[44].

De acuerdo con Meléndez[51], los factores obstétricos como las complicaciones posparto pueden estar asociados a la depresión posparto, estos pueden ser porque el embarazo no ha sido planificado, o que haya múltiples embarazos previos, entre otras complicaciones.

Factores psicológicos

Los factores psicológicos son las características relacionadas a una posible presencia de alteración mental de las madres, ya que existe una vulnerabilidad durante la gestación por ser susceptibles a cambios hormonales. Los estudios buscan conocer si la madre tiene un estado de ánimo negativo, cansancio, alteraciones de la conducta de sueño, ansiedad, somatización y niveles altos de cortisol, violencia o falta de apoyo de la familia o amigos[56]. Dada las consecuencias ya mencionadas se sugiere manejo multidisciplinario de asociación con la psicología, psiquiatría y la psicoterapia[51].

2.3. Definición de términos

Embarazo: el embarazo es la etapa que denota la existencia de un ser vivo, se refiere cambios que cada dama debe aceptar y adaptarse a la ocasión, la cual es determinada mediante una prueba de embarazo que demuestra su condición[52].

Depresión: es un síndrome clínico o trastorno del estado de ánimo común y grave, definido por la presencia de una serie de características clínicas[28].

Puerperio: se conoce como periodo posparto o puerperio El periodo que sigue a la expulsión de la placenta y las seis semanas posteriores. Este periodo se subdivide en posnatal inmediato, posnatal temprano y posnatal tardío[40].

Depresión posparto: es un trastorno depresivo no psicótico que el Manual de diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales clasifica como un episodio de depresión mayor que comienza dentro de las 4 primeras semanas posteriores al nacimiento de un bebé[43].

Factores de riesgo: se refieren a toda situación o circunstancia que incrementa la probabilidad de una persona de contraer un problema de salud o enfermedad[53].

III. HIPÓTESIS Y VARIABLES

3.1. Hipótesis

"Existen factores de riesgo asociados a la depresión posparto en mujeres atendidas en el Hospital Nacional Sergio E. Bernales, 2023".

3.2. Variables

Variable 1: Factores de riesgo

Variable 2: Depresión postparto

3.3. Operacionalización de variables

Variables	Definición operacional	Dimensión	Categoría	Tipo de variable	Escala de medición	Indicador	Instrumento de recolección
V1: Factores de riego	Para conocer los factores de riesgo se utilizará una encuesta creada por Atencia. Este consta de tres dimensiones con escalas valorativas nominales y ordinales.	Factores sociales	Actividad laboral	Cualitativa	Nominal	Si: 1 No: 0	Cuestionario de factores de riesgo
			Pareja con actividad laboral	Cualitativa	Nominal	Si: 1 No: 0	Cuestionario de factores de riesgo
			Apoyo económico de la pareja	Cualitativa	Nominal	Si: 1 No: 0	Cuestionario de factores de riesgo
			Convivencia con la pareja	Cualitativa	Nominal	Si: 1 No: 0	Cuestionario de factores de riesgo
			Apoyo económico de familiares	Cualitativa	Nominal	Si: 1 No: 0	Cuestionario de factores de riesgo
			Consumo de sustancias nocivas	Cualitativa	Nominal	Si: 1 No: 0	Cuestionario de factores de riesgo
		Factores obstétricos	N° de gestaciones	Cualitativa	Nominal	De 1 a 2: 1 Mayor a 2: 2	Cuestionario de factores de riesgo
			Antecedentes de aborto	Cualitativa	Nominal	Si: 1 No: 0	Cuestionario de factores de riesgo
			Hijos fallecidos	Cualitativa	Nominal	Si: 1 No: 0	Cuestionario de factores de riesgo
			Número de controles prenatales	Cualitativa	Nominal	Si (≥6): 1 No (<6): 0	Cuestionario de factores de riesgo
			Enfermedades durante el embarazo	Cualitativa	Nominal	Si: 1 No: 0	Cuestionario de factores de riesgo
			Tipo de parto	Cualitativa	Nominal	Cesárea: 1 Parto vaginal: 2	Cuestionario de factores de riesgo
			Complicaciones durante el parto	Cualitativa	Nominal	Si: 1 No: 0	Cuestionario de factores de riesgo
			Dificultades para la LME	Cualitativa	Nominal	Si: 1 No: 0	Cuestionario de factores de riesgo
		Factores psicológicos	Estado de ansiedad	Cualitativa	Nominal	Si: 1 No: 0	Cuestionario de factores de riesgo
			Melancolía	Cualitativa	Nominal	Si: 1 No: 0	Cuestionario de factores de riesgo
			Sentimientos de culpa	Cualitativa	Nominal	Si: 1 No: 0	Cuestionario de factores de riesgo
			Dificultad para concentrarse	Cualitativa	Nominal	Si: 1 No: 0	Cuestionario de factores de riesgo

			Dificultad para cuidar al bebé	Cualitativa	Nominal	Si: 1 No: 0	Cuestionario de factores de riesgo
			Embarazo planificado	Cualitativa	Nominal	Si: 1 No: 0	Cuestionario de factores de riesgo
			Antecedentes de depresión	Cualitativa	Nominal	Si: 1 No: 0	Cuestionario de factores de riesgo
			Estrés	Cualitativa	Nominal	Si: 1 No: 0	Cuestionario de factores de riesgo
			Apoyo emocional de familiares	Cualitativa	Nominal	Si: 1 No: 0	Cuestionario de factores de riesgo
			Apoyo emocional de la pareja	Cualitativa	Nominal	Si: 1 No: 0	Cuestionario de factores de riesgo
V2: Depresión posparto	La DPP será evaluada con la Escala de Depresión Postnatal de Edimburgo que consta de 10 interrogantes que presentan respuestas del 0 al 3. Tiene una calificación máxima de 30 puntos y la mínima 0. De acuerdo a la sumatoria de los resultados se puede obtener que hay 3 grupos: - EPDS menor a 10: No presenta riesgo de depresión posparto - EPDS de 10 a 12: Puntuación límite para presentar riesgo - EPDS de 13 a 30: Riesgo de depresión posparto.	-	-	Cualitativa	Nominal	Con depresión: 1 Sin depresión: 0	Test de Edimburgo (EPDS)

Fuente: elaboración propia

IV. MATERIALES Y MÉTODOS

4.1. Área de estudio

El área de estudio fue el Hospital Sergio E. Bernales situado en Collique, que se encuentra dentro del distrito de Comas, en la ciudad de Lima.

4.2. Diseño de investigación

Estudio de enfoque cuantitativo observacional, dado que la investigadora no tuvo control ni intervención sobre las variables.

Analítico, de casos y controles, prospectivo y de corte transversal.

4.3. Población y muestra

Población

La población fueron 590 puérperas cuyos partos fueron atendidos en el Hospital Nacional Sergio E. Bernales durante el último trimestre del año 2023.

Unidad de análisis

Mujer puérpera del Hospital Sergio E. Bernales, que cumpla con los criterios de elegibilidad.

Muestra

La muestra fue conformada 251 puérperas. Un grupo de 78 madres con depresión posparto que haya dado a luz en el Hospital Sergio Bernales (Grupo caso). Y otro grupo control de 173 madres que no presentó depresión posparto. Para discriminar ambos grupos se empleó el Test de Edimburgo.

Criterios de inclusión:

- Mujer con atención de parto en el Hospital Nacional Sergio E. Bernales.
- Mujer cuyo parto haya sido vaginal o cesárea.
- Mujer que se encuentre con 4 semanas posteriores al parto.

- Mujer cuyo tutor o apoderado acepte el consentimiento informado
- Mujer que acepte participar en el estudio de forma voluntaria.

Criterios de exclusión:

- Mujer con alguna complicación durante o después del parto que haya provocado que siga hospitalizada.
- Mujer con algún trastorno mental.
- Mujer con alguna discapacidad visual.
- Mujer que no brindó su número celular durante su atención.
- Mujer que responde inadecuadamente el cuestionario.

Tipo de muestreo

La muestra fue censal.

4.4. Procedimientos, técnicas e instrumentos de recolección de información

Procedimiento

En primer lugar, se presentó el proyecto para su respectiva aprobación por parte de la Escuela Profesional de Obstetricia. Posterior a ello, se requirió obtener la autorización del "Comité Institucional de Ética en Investigación del Hospital Nacional Sergio E. Bernales". Luego de la aprobación y exposición de la investigación, teniendo el registro de partos del hospital, se obtuvo los números telefónicos de las personas de estudio.

El primer contacto con la población de estudio fue a través de vía telefónica, se les explicó sobre la investigación. A las mujeres que acepten pertenecer al grupo de estudio se les informó que mediante la investigación se pidió acceso al hospital el cual nos proporcionó los datos de las posibles encuestadas, posteriormente se le informó sobre el consentimiento informado, el cual luego fue enviado para ser aceptado antes de completar los instrumentos; también se les proporcionó instrucciones para poder completar adecuadamente la escala de

medida. Se les envió el consentimiento informado e instrumentos por medio del aplicativo WhatsApp. Cada una desarrolló el cuestionario de factores de riesgo y el Test de Edimburgo. Después de ello, en el Excel que brinda Google Forms, se identificaron las puntuaciones del Test de Edimburgo, mediante un proceso de baremación que discrimine ambos grupos (caso y control)

Los datos se ordenaron, para luego ingresarlos al programa estadístico SPSSv.26, y así se obtuvieron los resultados de la investigación.

Técnicas

La técnica fue una encuesta virtual porque permite la recolección de información en un tiempo relativamente corto, además de ahorrar tiempo y costo en la elaboración.

Instrumento

Los instrumentos utilizados fueron cuestionarios elaborados a través de Google forms.

El primer instrumento para los factores de riesgo fue el desarrollado por Atencia[54], la cual es una investigadora de obstetricia que desarrolló este instrumento en el año 2015, con la finalidad de determinar los factores de riesgo asociados a la depresión post parto. Presenta evidencias de validez mediante el juicio de expertos del tema y confiabilidad mediante una prueba piloto. En el caso de la prueba de expertos la evaluaron 6 jueces y pasaron sus respuestas mediante la prueba binomial, encontrando una significancia menor a 0.05 presentando una buena significancia. Mediante la prueba de Kuder-Richardson se obtuvo una confiabilidad de 0.713 considerándose como muy confiable.

Para valorar la depresión postnatal se empleó la “Escala de Depresión Postnatal de Edimburgo (EPDS)”, esta escala fue realizada en 1987 por el Centro de Escocés de Salud de Edimburgo y Livingston. Es ampliamente empleada alrededor del mundo en países como EE.UU., Suecia, Australia, etc. Siendo un componente esencial para los programas nacionales de detección de depresión postparto, por lo que ha sido traducida a más de 60 idiomas y presentado

diversas validaciones con una eficacia de 9 a 10. Siendo esencial para estudios de cribado y transculturales[55].

La Escala de Depresión Postnatal de Edimburgo consta de 10 interrogantes que presentan respuestas del 0 al 3. Esta escala es ampliamente aceptada y empleada para valorar esta variable, por lo que cuenta con diferentes estudios que contrastan su confiabilidad y validez. La calificación máxima puede ser de 30 puntos y la mínima 0. De acuerdo a la sumatoria de los resultados se puede obtener que hay 3 grupos:

- Puntuaciones menores a 10: No presenta riesgo.
- Puntuaciones de 10 a 12: Puntuación límite para presentar riesgo.
- Puntuaciones de 13 a 30: Riesgo de depresión posparto.

Para este estudio de factores de riesgo, se consideró a los pacientes control con menos de 13 puntos, y más o igual de 13 puntos como pacientes caso.

4.5. Análisis estadístico

Se descargó la date del Google forms a formato Excel y se llevaron a cabo los análisis correspondientes el software SPSSv.26. Se desarrolló un análisis descriptivo, empleando frecuencias y porcentajes representados por tablas y figuras. Además, se empleó un análisis inferencial para contrastar la hipótesis mediante un análisis de regresión logística binomial, considerando el valor $p<0,05$, el cual es comúnmente utilizado como el umbral de significancia estadística aceptado en muchas disciplinas científicas.

4.6. Consideraciones éticas

La presente investigación respeta los derechos de cada autor, siendo meticulosa al emplear las citas y referencias, además lo demostró el reporte del Software Turnitin.

Reconociendo los principios éticos y deontológicos del quehacer científico, se aplicaron los principios éticos que se describen en la declaración de Helsinki, tales como el respeto a la dignidad humana, en donde se respetó la autonomía

y la integridad de los individuos y tratarlos con respeto; beneficencia, la investigación buscó tener como finalidad el beneficio de la sociedad y de los individuos; no maleficencia, la investigadora consideró medidas para minimizar los riesgos y los daños que puedan producirse a los participantes en la investigación; justicia, dentro del proceso de selección de los participantes, se pudo garantizar la equidad y la imparcialidad, evitando cualquier forma de discriminación; consentimiento informado, se entregó esto para que la participación sea informada y voluntaria, explicándoles los objetivos, riesgos y beneficios, y, por último, protección de la privacidad y confidencialidad de los datos[56].

V. RESULTADOS

5.1. Presentación y análisis de los resultados

Resultados descriptivos

Tabla 1. Características generales de las encuestadas

		Sin depresión		Con depresión		Total	
		N	%	N	%	N	%
Edad	Joven	8	3.2%	2	0.8%	10	4.0%
	Adulta	135	53.8%	59	23.5%	194	77.3%
	Pre menospáusica	30	12.0%	17	6.8%	47	18.7%
Estado civil	Soltera	36	14.3%	29	11.6%	65	25.9%
	Conviviente	121	48.2%	41	16.3%	162	64.5%
	Casada	16	6.4%	7	2.8%	23	9.2%
	Viuda	0	0.0%	1	0.4%	1	0.4%
Grado académico	No realizó estudios	0	0.0%	1	0.4%	1	0.4%
	Primaria incompleta	3	1.2%	2	0.8%	5	2.0%
	Primaria completa	9	3.6%	3	1.2%	12	4.8%
	Secundaria incompleta	28	11.2%	20	8.0%	48	19.1%
	Secundaria completa	73	29.1%	26	10.4%	99	39.4%
	Superior técnico incompleta	9	3.6%	8	3.2%	17	6.8%
	Superior técnico completa	24	9.6%	9	3.6%	33	13.1%
	Superior universitario incompleta	15	6.0%	7	2.8%	22	8.8%
	Superior universitario completa	12	4.8%	2	0.8%	14	5.6%
Ocupación	Ama de casa	138	55.0%	62	24.7%	200	79.7%
	Empleado	7	2.8%	4	1.6%	11	4.4%
	Estudiante	4	1.6%	3	1.2%	7	2.8%
	Comerciante	8	3.2%	4	1.6%	12	4.8%
	Otros	16	6.4%	5	2.0%	21	8.4%
Procedencia	Lima Norte	168	66.9%	74	29.5%	242	96.4%
	Otros distritos de Lima	0	0.0%	1	0.4%	1	0.4%
	Provincias de Lima	2	0.8%	0	0.0%	2	0.8%
	Otras regiones	3	1.2%	3	1.2%	6	2.4%
Religión	Ninguna	15	6.0%	14	5.6%	29	11.6%
	Católica	112	44.6%	42	16.7%	154	61.4%
	Evangélica	34	13.5%	11	4.4%	45	17.9%
	Otros	12	4.8%	11	4.4%	23	9.2%
TOTAL		173	68.9%	78	31.1%	251	100%

Fuente: elaboración propia

En la tabla 1, apreciase que el 31.1% de las puérperas encuestadas presentaron depresión posparto.

Respecto a la edad materna, el 77.3% era de edad adulta, siendo un 53.8% de usuarias sin depresión posparto, y un 23.5% con depresión posparto.

En relación al estado civil, el 64.5% era conviviente, del cual el 48.2% de encuestadas no presentó depresión posparto, y el 16.3% sí presentó depresión posparto.

Según el grado académico, el 39.4% era de nivel secundario completo, teniendo un 29.1% de mujeres sin depresión posparto, y un 10.4% con depresión posparto.

De acuerdo a la ocupación, el 79.7% era ama de casa, siendo el 55% de usuarias, sin depresión posparto, y el 24.7% con depresión posparto.

Así mismo, el 96.4% tenía procedencia de Lima Norte, del cual el 66.9% de encuestadas no presentó depresión posparto, y el 29.5% sí presentó depresión posparto.

Por último, el 61.4% era de religión católica, teniendo un 44.6% de mujeres sin depresión posparto, y un 16.7% con depresión posparto.

Tabla 2. Características obstétricas de las encuestadas

		Sin depresión		Con depresión		Total	
		N	%	N	%	N	%
Cantidad de embarazos	1	51	20.3%	29	11.6%	80	31.9%
	2	62	24.7%	18	7.2%	80	31.9%
	3	33	13.1%	16	6.4%	49	19.5%
	4	14	5.6%	10	4.0%	24	9.6%
	5	9	3.6%	2	0.8%	11	4.4%
	6	4	1.6%	3	1.2%	7	2.8%
Cantidad de partos vaginales	1	54	34.6%	31	19.9%	85	54.5%
	2	28	17.9%	12	7.7%	40	25.6%
	3	10	6.4%	4	2.6%	14	9.0%
	4	8	5.1%	3	1.9%	11	7.1%
	5	1	0.6%	0	0.0%	1	0.6%
	6	3	1.9%	2	1.3%	5	3.2%
Cantidad de partos por cesárea	1	52	35.6%	21	14.4%	73	50.0%
	2	36	24.7%	16	11.0%	52	35.6%
	3	13	8.9%	4	2.7%	17	11.6%
	4	2	1.4%	2	1.4%	4	2.7%
Cantidad de hijos vivos	1	61	24.3%	32	12.7%	93	37.1%
	2	65	25.9%	23	9.2%	88	35.1%
	3	26	10.4%	12	4.8%	38	15.1%
	4	15	6.0%	8	3.2%	23	9.2%
	5	3	1.2%	3	1.2%	6	2.4%
	6	3	1.2%	0	0.0%	3	1.2%
TOTAL		173	68.9%	78	31.1%	251	100%

Fuente: elaboración propia

En la tabla 2, en relación a la cantidad de embarazos, un 20.3% de puérperas no presentó depresión posparto y tuvo 1 embarazo, y un 11.6% presentó depresión posparto y tuvo 1 embarazo. Según la cantidad de partos vaginales, el 34.6% de mujeres no presentó depresión posparto y tuvo 1 parto vaginal, y el 19.9% presentó depresión posparto y tuvo 1 parto vaginal. Respecto a la cantidad de partos por cesárea, un 35.6% de las encuestadas no presentó depresión posparto y tuvo 1 parto por cesárea, y un 14.4% presentó depresión posparto y tuvo 1 parto por cesárea. Finalmente, según la cantidad de hijos vivos, el 24.3% de mujeres no presentó depresión posparto y tenía 1 hijo vivo, y el 12.7% presentó depresión posparto y tenía 1 hijo vivo.

Resultados inferenciales

Tabla 3. Factores sociales de las encuestadas y la relación con la depresión postparto

Factores Sociales		Sin depresión		Con depresión		p*	OR	IC 95%	
		N	%	N	%			Inf	Sup
Actividad laboral actual	Si	31	12.4%	14	5.6%	0.851	0.906	0.323	2.542
	No	142	56.6%	64	25.5%	Ref			
Convivencia con la pareja	Si	138	55.0%	44	17.5%	0.712	1.272	0.355	4.560
	No	35	13.9%	34	13.5%	Ref			
Actividad laboral actual de la pareja	Si	160	63.7%	64	25.5%	0.591	1.486	0.350	6.319
	No	13	5.2%	14	5.6%	Ref			
Apoyo económico de la pareja	Si	147	58.6%	54	21.5%	0.491	0.614	0.154	2.455
	No	26	10.4%	24	9.6%	Ref			
Apoyo económico de la familia	Si	54	21.5%	28	11.2%	0.092	2.225	0.877	5.644
	No	119	47.4%	50	19.9%	Ref			
Consumo de sustancias nocivas	Si	3	1.2%	4	1.6%	0.800	0.736	0.069	7.836
	No	170	67.7%	74	29.5%	Ref			

Fuente: elaboración propia
* Estimado para regresión logística
IC 95%: Intervalo de confianza al 95%, p<0.05

Véase en la tabla 3, que los factores sociales analizados no presentaron una asociación estadísticamente significativa con la depresión posparto.

El 56.6% son puérperas sin actividad laboral que no presentaron depresión posparto, mientras otro 25.5% son puérperas sin actividad laboral que sí presentaron depresión posparto, no existiendo una asociación significativa con la depresión posparto (p=0.851).

El 55% son mujeres que conviven con su pareja y no padecen de depresión posparto, y el 17.5% del mismo grupo padece de depresión posparto, no encontrándose relación con la depresión posparto (p=0.712).

El 63.7% son usuarias con parejas con actividad laboral y sin depresión posparto, en tanto otro 25.5% del mismo grupo tiene depresión posparto, no evidenciándose una asociación con la depresión posparto (p=0.591).

El apoyo económico de la pareja tampoco mostró relación significativa con la depresión posparto, ya que hay 58.6% de encuestadas sin depresión posparto, y otro 21.5% con depresión posparto, que indicaron recibir apoyo económico (p=0.491).

Similarmente, el apoyo económico de la familia no tuvo una asociación con la depresión posparto (p=0.092).

Finalmente, el consumo de sustancias nocivas tampoco se asoció con la depresión posparto, ya que un 67.7% son mujeres sin depresión posparto, y un 29.5% con depresión posparto, no consumían estas sustancias (p=0.800).

Tabla 4. Factores obstétricos de las encuestadas y la relación con la depresión postparto

Factores Obstétricos		Sin depresión		Con depresión		p*	OR	IC 95%	
		N	%	N	%			Inf	Sup
Antecedentes de aborto	Si	47	18.7%	23	9.2%	0.550	1.341	0.513	3.506
	No	126	50.2%	55	21.9%	Ref			
Hijos fallecidos	Si	20	8.0%	12	4.8%	0.422	0.597	0.169	2.106
	No	153	61.0%	66	26.3%	Ref			
6 APN a más	Si	141	56.2%	60	23.9%	0.664	0.802	0.296	2.172
	No	32	12.7%	18	7.2%	Ref			
Enfermedad en el embarazo	Si	95	37.8%	54	21.5%	0.840	1.088	0.480	2.465
	No	78	31.1%	24	9.6%	Ref			
Hospitalizada en el embarazo	Si	60	23.9%	31	12.4%	0.362	0.695	0.318	1.519
	No	113	45.0%	47	18.7%	Ref			
Último parto por cesárea	Si	91	36.3%	42	16.7%	0.710	1.158	0.535	2.504
	No	82	32.7%	36	14.3%	Ref			
Complicaciones durante el parto	Si	35	13.9%	19	7.6%	0.342	0.639	0.253	1.611
	No	138	55.0%	59	23.5%	Ref			
Enfermedad o complicación durante el parto del bebé	Si	25	10.0%	16	6.4%	0.733	0.840	0.309	2.283
	No	148	59.0%	62	24.7%	Ref			
Dificultad para la lactancia materna	Si	27	10.8%	12	4.8%	0.151	2.270	0.742	6.942
	No	146	58.2%	66	26.3%	Ref			

Fuente: elaboración propia
* Estimado para regresión logística
IC 95%: Intervalo de confianza al 95%, p<0.05

En la tabla 4, indica que ninguno de los factores obstétricos analizados tuvo una relación estadísticamente significativa con la depresión posparto en esta muestra de estudio. No se encontró asociación significativa entre la depresión postparto y los antecedentes de aborto (p=0.550), hijos fallecidos (p=0.422), cantidad de controles prenatales de 6 o más (p=0.664), enfermedad en el embarazo (p=0.840), hospitalización en el embarazo (p=0.362), parto por cesárea (p=0.710), complicaciones durante el parto (p=0.342), enfermedad o complicación del bebé durante el parto (p=0.733) y dificultad para la lactancia materna (p=0.151).

Tabla 5. Factores psicológicos de las usuarias y la relación con la depresión postparto

Factores Psicológicos		Sin depresión		Con depresión		p*	OR	IC 95%	
		N	%	N	%			Inf	Sup
Planificación del embarazo	Si	93	37.1%	19	7.6%	0.696	1.192	0.494	2.879
	No	80	31.9%	59	23.5%	Ref			
Embarazo deseado	Si	153	61.0%	50	19.9%	0.073	2.621	0.913	7.523
	No	20	8.0%	28	11.2%	Ref			
Sentimientos de culpa	Si	27	10.8%	49	19.5%	0.029	2.532	1.099	5.830
	No	146	58.2%	29	11.6%	Ref			
Buena relación con la pareja	Si	147	58.6%	41	16.3%	0.955	1.042	0.250	4.338
	No	26	10.4%	37	14.7%	Ref			
Apoyo emocional de la pareja	Si	149	59.4%	39	15.5%	0.215	2.212	0.631	7.763
	No	24	9.6%	39	15.5%	Ref			
Apoyo emocional de la familia	Si	147	58.6%	57	22.7%	0.294	1.840	0.589	5.746
	No	26	10.4%	21	8.4%	Ref			
Buena relación con la familia	Si	160	63.7%	69	27.5%	0.187	0.381	0.091	1.597
	No	13	5.2%	9	3.6%	Ref			
Insultos por parte de la pareja o familia	Si	14	5.6%	29	11.6%	0.083	0.376	0.124	1.135
	No	159	63.3%	49	19.5%	Ref			
Antecedentes familiares de depresión	Si	29	11.6%	24	9.6%	0.844	0.903	0.326	2.502
	No	144	57.4%	54	21.5%	Ref			
Antecedentes de depresión antes de la gestación	Si	41	16.3%	39	15.5%	0.421	1.517	0.550	4.188
	No	132	52.6%	39	15.5%	Ref			
Antecedentes de depresión durante de la gestación	Si	54	21.5%	55	21.9%	0.132	0.478	0.183	1.248
	No	119	47.4%	23	9.2%	Ref			
Hecho estresante durante el embarazo o parto	Si	59	23.5%	48	19.1%	0.096	0.509	0.230	1.128
	No	114	45.4%	30	12.0%	Ref			
Miedo en el parto	Si	128	51.0%	72	28.7%	0.150	0.428	0.135	1.357
	No	45	17.9%	6	2.4%	Ref			
Preocupaciones o dificultades para cuidar del bebé	Si	44	17.5%	49	19.5%	0.011	2.768	1.259	6.088
	No	129	51.4%	29	11.6%	Ref			
Dificultad de concentrarse	Si	49	19.5%	49	19.5%	0.119	0.507	0.216	1.190
	No	124	49.4%	29	11.6%	Ref			
Sentimiento de melancolía	Si	105	41.8%	67	26.7%	0.275	1.810	0.624	5.521
	No	68	27.1%	11	4.4%	Ref			
Ansiedad	Si	89	35.5%	64	25.5%	0.179	0.526	0.206	1.343
	No	84	33.5%	14	5.6%	Ref			

Fuente: elaboración propia
* Estimado para regresión logística
IC 95%: Intervalo de confianza al 95%, p<0.05

En la tabla 5, no se encontró relación significativa entre la depresión posparto y la planificación del embarazo (p=0.696), ni con el embarazo deseado (p=0.073).

Respecto a los sentimientos de culpa, el 10.8% son puérperas con sentimientos de culpa que no presentaron depresión posparto, frente a un 19,5% del mismo grupo que presentó depresión posparto, evidenciándose una relación significativa (p=0.029), existiendo 2.532 veces la posibilidad de presentar depresión posparto cuando la mujer tiene sentimientos de culpa (OR=2.532, IC95%: 1.089-5.830), siendo este un factor de riesgo.

La buena relación con la pareja no presentó asociación significativa (p=0.955), al igual que el apoyo emocional de la pareja (p=0.215).

No hubo asociación significativa entre la depresión posparto y el apoyo emocional de la familia (p=0.294), buena relación con la familia (p=0.187) y relación con insultos de la pareja o familia (p=0.083).

Tampoco se halló asociación con antecedentes familiares de depresión (p=0.844), antecedentes de depresión antes de la gestación (p=0.421), antecedentes de depresión durante la gestación (p=0.132), con hechos estresantes en el embarazo o parto (p=0.096) y miedo al parto (p=0.150).

El 17.5% son puérperas con preocupaciones y dificultades para cuidar a su bebé que no presentaron depresión posparto, frente a un 19,5% del mismo grupo que sí presentó depresión posparto, evidenciándose una relación significativa (p=0.011), existiendo 2.768 veces la posibilidad de presentar depresión posparto cuando la mujer tiene sentimientos de culpa (OR=2.768, IC95%: 1.259-6.088), siendo este un factor de riesgo.

Por último, la dificultad para concentrarse (p=0.119), los sentimientos de melancolía (p=0.275) y la ansiedad (p=0.179) tampoco presentaron relación significativa con la depresión postparto.

VI. DISCUSIÓN

Se tuvo en la investigación como objetivo general “Determinar los factores de riesgo asociados a la depresión posparto en mujeres atendidas en el Hospital Nacional Sergio E. Bernales, 2023”, debido a la relevancia de conocer los elementos que pueden incrementar la probabilidad de padecer esta condición, ya que la depresión posparto puede afectar el bienestar físico y mental de la madre y del niño. De acuerdo a este objetivo, se hallaron como factores relacionados los factores psicológicos como el presentar sentimientos de culpa (factor de riesgo) y tener preocupaciones o dificultades para cuidar al bebé (factor de riesgo), mientras que las variables sociales y obstétricas no se asociaron a esta condición.

A nivel nacional, se observa que se asemeja con lo obtenido con Morillo [22], que no encontró factores asociados a la depresión postparto. Sin embargo, no se concuerda con Masías y Arias [29], debido a que reportó el grado académico como un factor protector de la depresión postparto.

En el ámbito internacional, Alise et al.[28] en Brasil tampoco observaron factores asociados a la depresión posparto, mientras que Santiago et al.[17] en México, encontraron como factores asociados el ser madre soltera (protector), estar casada (riesgo) y mayor nivel escolar (protector), por lo que no se presentó una semejanza con el estudio. Por su lado, Citu et al.[18] en Rumania, no encontraron relación con la edad, el nivel educativo, el lugar de residencia, el tipo de nacimiento, el número de hijos, el sexo del bebé o complicaciones durante el embarazo siendo semejante a lo encontrado.

De acuerdo a los factores de riesgo sociales, no se encontraron asociaciones con la depresión posparto. Por el contrario, Atuhaire et al.[20] en Uganda, determinó 5 factores asociados como el bajo apoyo social percibido, estado de VIH positivo, residencia rural, complicaciones obstétricas y llanto excesivo del bebé, lo que no presenta semejanzas con los hallazgos del presente estudio. Ramiro et al.[21] en Argentina, encontraron asociaciones significativas en las mujeres con hijos previos y por el bajo apoyo social (p. ej., familia, profesionales de la salud), que no concuerda con la investigación. Liang et al. [23] en China, identificaron variables vinculadas significativamente, por ejemplo, ser inmigrante, haber padecido fiebre persistente,

apoyo social deficiente y angustia por contraer COVID-19 y ciertas medidas de precaución, siendo disímil de lo encontrado.

En relación a los factores de riesgo obstétricos, tampoco se evidenciaron asociaciones con la depresión posparto. Caso contrario a lo hallado por An et al.[19] en China, quienes encontraron que las mujeres de 25 a 34 años, con antecedentes de aborto y altos niveles de estrés tenían un mayor riesgo de depresión posparto, lo que no concuerda con el estudio. Asimismo, Roumieh et al.[26] en Siria, encontraron que la depresión postparto se asoció significativamente con reportes de problemas de salud durante el embarazo, desplazamiento, exposición percibida a eventos estresores, mientras que la atención prenatal tuvo un efecto protector. Por su parte, González et al.[27] encontraron como factor de riesgo a la depresión previa al embarazo.

Por último, en relación a los factores de riesgo psicológicos, el presentar sentimientos de culpa y tener preocupaciones o dificultades para cuidar al bebé fueron factores de riesgo para la depresión posparto. El resultado difiere con lo hallado por Seif et al. [24] en Arabia Saudita, quienes encontraron una evidencia que sugiere relación entre la ocurrencia de depresión posparto con un cónyuge que no brinda apoyo y eventos de vida estresantes recientes. Los predictores significativos de depresión posparto fueron cónyuge que no apoya, experimentar eventos estresantes recientemente y parto por cesárea, lo que no es similar a lo encontrado. Además, Abebe et al.[25], en Etiopía, encontraron que los factores asociados fueron los eventos vitales estresantes, toma de decisiones domésticas, embarazo no planeado, violencia de pareja y hospitalización de sus bebés, no obstante, tales hallazgos no se asemejan a lo reportado en este estudio. En el caso de González et al.[27] encontraron que los factores de riesgo fueron los antecedentes de violencia.

Sin embargo, Atencia[54], halló diversos factores de riesgo psicológicos asociados con la depresión postparto. Los factores que encontró fueron, el recibir insultos por parte de la pareja, sentir ansiedad, melancolía, tener un embarazo no deseado, presentar dificultad para concentrarse, tener sentimientos de culpa, así como presentar dificultad para cuidar al bebé, siendo estos dos últimos factores de riesgo asociados a la depresión posparto que también fueron reportados en esta investigación.

VII. CONCLUSIONES

En este estudio, los factores de riesgo asociados a la depresión posparto en las mujeres atendidas en el Hospital Nacional Sergio E. Bernales, 2023, fueron los factores de riesgo psicológicos, no encontrándose asociación significativa con los factores sociales y obstétricos.

No se hallaron factores de riesgo sociales asociados a la depresión posparto en mujeres atendidas en el Hospital Nacional Sergio E. Bernales, 2023, a pesar de observarse una alta prevalencia de casos en aquellas sin actividad laboral (25.5%).

No se identificaron factores de riesgo obstétricos asociados a la depresión posparto en mujeres atendidas en el Hospital Nacional Sergio E. Bernales, 2023, aunque se evidenció un porcentaje considerable de mujeres con esta condición que tuvieron de 6 APN a más (23.9%).

Entre los factores psicológicos de riesgo asociados a la depresión posparto en mujeres atendidas en el Hospital Nacional Sergio E. Bernales, 2023, se encontraron a los sentimientos de culpa y a las preocupaciones o dificultades para el cuidado del bebé.

VIII. RECOMENDACIONES

Es necesario capacitar al personal de salud sobre los factores de riesgo y las consecuencias de la depresión postparto en las mujeres atendidas en el Hospital Sergio Bernales, esto permitirá identificar de manera temprana estos casos y derivar a las mujeres afectadas hacia un tratamiento adecuado. Asimismo, es importante implementar de manera preventiva la terapia conductual cognitiva (TCC) y la terapia interpersonal (TIP), estas terapias no solo abordan los síntomas, sino que también trabajan en la modificación de pensamientos negativos, la mejora de las habilidades de comunicación y la gestión efectiva del estrés. De esta manera, se busca mitigar los efectos de la depresión postparto y mejorar el bienestar de las pacientes desde el periodo de embarazo

Es esencial implementar programas educativos de manera multisectorial dirigidos a las mujeres durante el embarazo, familia y comunidad, donde se aborden las variables sociales relacionadas con la depresión posparto. En estos programas se deben promover factores protectores, como el apoyo social y el acceso a recursos de salud mental. Facilitar la participación en redes de apoyo, como grupos de madres, y garantizar el acceso a servicios de asesoramiento y psicoterapia, crear un entorno de apoyo emocional y práctico, que resulta crucial durante el periodo posparto.

Durante la atención prenatal y/o sesiones de psicoprofilaxis se requiere promover factores protectores mediante los programas y/o sesiones educativas para que las madres adquieran herramientas para su cuidado durante el embarazo y posparto, así como también herramientas para el cuidado de sus bebés; facilitar el acceso a servicios de apoyo psicológico y fomentar la participación de la familia en el cuidado emocional de la madre.

Durante los controles puerperales y/o visitas domiciliarias se sugiere la aplicación de cuestionarios validados para evaluar el estado emocional de las mujeres, como el Test de Edimburgo. La realización periódica de este tamizaje permitirá identificar a las mujeres en riesgo y referirlas a especialistas en salud mental de manera oportuna. Además, este enfoque ayudará a controlar y gestionar los factores de riesgo

psicológicos que puedan presentarse durante el embarazo y el posparto, contribuyendo así a la prevención y manejo efectivo de la depresión posparto.

Referencias bibliográficas

1. Cho H, Lee K, Choi E, Cho H, Park B, Suh M, et al. Association between social support and postpartum depression. Sci Rep [Internet]. 2022 [cited 2023 Nov 29];12(328). Available from: https://www.nature.com/articles/s41598-022-07248-7

2. Radzi C, Jenatabadi R, Samsudin N. Postpartum depression symptoms in survey-based research: a structural equation analysis. BMC Public Health [Internet]. 2021 [cited 2023 Nov 29];21(27). Available from: https://bmcpublichealth.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12889-020-09999-2

3. Wang R, Shan Y. Hot spots and frontiers of postpartum depression research in the past 5 years: A bibliometric analysis. Front Psychol [Internet]. 2022 [cited 2023 Nov 29];13(2022). Available from: https://www.frontiersin.org/articles/10.3389/fpsyg.2022.901668/full

4. Fernandes-Moll M, Matos A, Beirigo-Borges G, Arena-Ventura CA, Pires-Bernardinelli FC, da Silva-Martins T, et al. Ocurrencia y factores asociados con la depresión posparto en un área urbana de Brasil. Enfermería Global [Internet]. 2023 [cited 2023 Jun 6];22(69):134–66. Available from: https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1695-61412023000100005&lng=es&nrm=iso&tlng=es

5. Azevedo E, Frizzo G, Silva M, Donelli T. Comprensión materna sobre depresión postparto y síntomas psicofuncionales: un caso de psicoterapia madre-bebé. Psicol clin [Internet]. 2020;32(1):79–100. Available from: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?pid=S0103-56652020000100005&script=sci_abstract&tlng=es

6. Shorey S, Chee C, Neg E, Chan Y, Tam W. Prevalence and incidence of postpartum depression among healthy mothers: A systematic review and meta-analysis. J Psychiatr Res. 2018;104(235–48).

7. Organización Mundial de la Salud. La OMS insta a ofrecer atención de calidad a las mujeres y los recién nacidos en las primeras semanas cruciales después

del parto [Internet]. OMSA. 2022. Available from: https://www.who.int/es/news/item/30-03-2022-who-urges-quality-care-for-women-and-newborns-in-critical-first-weeks-after-childbirth

8. Romero G, Cherrez J, Barros G. Psicoprofilaxis obstétrica y su incidencia en la depresión postparto en madres adolescentes. ciencia y Educación [Internet]. 2020;1(5):1–15. Available from: http://www.cienciayeducacion.com/index.php/journal/article/view/38

9. Malpartida A. Depresión postparto en atención primaria. Revista Médica Sinergi [Internet]. 2020;2(5):1–15. Available from: https://www.medigraphic.com/cgi-bin/new/resumen.cgi?IDARTICULO=92103

10. Chen Q, Li W, Xiong J. Prevalence and Risk Factors Associated with Postpartum Depression during the COVID-19 Pandemic: A Literature Review and Meta-Analysis. Int J Environ Res Public Health [Internet]. 2022;19(4):1–18. Available from: https://doi.org/10.3390/ijerph19042219

11. Santana P, Freitas R, Tojal R. Fatores de risco associados à depressão pós-parto: Revisão integrativa. Brazilian Journal of Development [Internet]. 2021;7(1):11447–62. Available from: https://www.brazilianjournals.com/ojs/index.php/BRJD/article/view/23993/19251

12. Romero D, Orozco O, Ybarra J, Gracias J. Sintomatología depresiva en el post parto y factores psicosociales asociados. Rev Chile Obstet ginecológica [Internet]. 2017;82(2):1–18. Available from: https://www.scielo.cl/pdf/rchog/v82n2/art09.pdf

13. Gaviria S, Uribe A, Gil L, Uribe S, Serna L, Álvarez C. Prevalencia del riesgo de depresión y preocupaciones en mujeres gestantes en el contexto de la pandemia por COVID-19 en Antioquia, Colombia, 2020-2021. Rev Colomb Obstet Ginecol [Internet]. 2022;73(2):1–18. Available from: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-74342022000200194

14. Ministerio de Salud del Perú. Minsa recomienda poner atención en la salud mental durante el embarazo [Internet]. Minsa. 2019. Available from:

https://www.gob.pe/institucion/minsa/noticias/45070-minsa-recomienda-poner-atencion-en-la-salud-mental-durante-el-embarazo

15. Santiago Yesbi. Implicancias de la depresión postparto y lactancia materna en las madres primerizas por pandemia Callao Perú [Internet] [Tesis de titulación, Universidad César Vallejo]. 2021. Available from: https://repositorio.ucv.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12692/96027/Santiago_MYP-SD.pdf?sequence=1&isAllowed=y

16. Gonzales M. Prevalencia de depresión posparto en puérperas adolescentes y adultas en el Hospital Nacional Sergio E. Bernales, mayo 2016 [Internet] [Tesis de pregrado]. [Lima]: Universidad Nacional Mayor de San Marcos; 2017 [cited 2023 Jun 6]. Available from: https://cybertesis.unmsm.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12672/5685/Gonzales_am.pdf?sequence=3&isAllowed=y

17. Santiago L, Ibarra P, Rendón M, Treviño P, Islas D, Porras G, et al. Depresión posparto: prevalencia y factores de riesgo asociados en una muestra de población mexicana. Ginecol Obstet Mex [Internet]. 2023 [cited 2023 Jun 6];91(04). Available from: https://www.medigraphic.com/cgi-bin/new/resumen.cgi?IDARTICULO=110639

18. Citu C, Gorun F, Motoc A, Sas I, Burlea B, Citu I, et al. Prevalence and Risk Factors of Postpartum Depression in Romanian Women during Two Periods of COVID-19 Pandemic. J Clin Med [Internet]. 2022 Mar 15 [cited 2022 Oct 11];11(6):1628. Available from: https://www.mdpi.com/2077-0383/11/6/1628/htm

19. An Ran, Chen X, Wu Y, Deng C, Liu Y. A survey of postpartum depression and health care needs among Chinese postpartum women during the pandemic of COVID-19. Arch Psychiatr Nurs [Internet]. 2021;35(2):172–7. Available from: https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S088394172100025X

20. Atuhaire C, Zari G, Nambozi G, Atwine D, Nambile S. Prevalence of postpartum depression and associated factors among women in Mbarara and Rwampara districts of south-western Uganda. BMC Pregnancy Childbirth [Internet]. 2021;21(503):1–18. Available from:

https://bmcpregnancychildbirth.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12884-021-03967-3

21. Ramiro A, Scotta A, Cortez M, Soria A. Triggering of postpartum depression and insomnia with cognitive impairment in Argentinian women during the pandemic COVID-19 social isolation in relation to reproductive and health factors. Midwifery [Internet]. 2021;102(1):1–18. Available from: https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0266613821001522

22. Morillo Elmer. Factores asociados a depresión postparto durante la pandemia Covid-19, Hospital I Albrecht [Internet] [Tesis de titulación, Universidad Prrivada Antenor Orrego]. Tesis de titulación, Universidad Prrivada Antenor Orrego; 2021. Available from: https://repositorio.upao.edu.pe/bitstream/20.500.12759/8215/1/REP_ELMER.MORILLO_FACTORES.ASOCIADOS.A.DEPRESIÓN.pdf

23. Liang P, Wang Y, Shi S, Liu Y, Xiong R. Prevalence and factors associated with postpartum depression during the COVID-19 pandemic among women in Guangzhou, China: a cross-sectional study. BMC Psychiatry [Internet]. 2020;20(557):1–18. Available from: https://link.springer.com/article/10.1186/s12888-020-02969-3

24. Seif R, Atharwi K, Seraj M, Omar S, Ghallab S. Prevalence and predictors of postpartum depression in Riyadh, Saudi Arabia: A cross sectional study. PLoS One [Internet]. 2020;10(1):1–18. Available from: https://journals.plos.org/plosone/article?id=10.1371/journal.pone.0228666

25. Abebe A, Tesfaw G, Mulat H, Hibdye G. Postpartum depression and associated factors among mothers in Bahir Dar Town, Northwest Ethiopia. Ann Gen Psychiatry [Internet]. 2019;18(19):1–18. Available from: https://link.springer.com/article/10.1186/s12991-019-0244-4

26. 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 and Childbirth volume [Internet]. 2019;19(519):1–18. Available from:

https://bmcpregnancychildbirth.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12884-019-2685-9

27. González A, Casado P, Molero M, Santos R, López I. Factores asociados a depresión posparto. Archivo Médico Camaguey [Internet]. 2019;26(6):1–16. Available from: http://revistaamc.sld.cu/index.php/amc/article/view/6631/3717

28. Aloise S, Aloise SR, Ferreira AA, Lima RF da S. DEPRESSÃO PÓS-PARTO: IDENTIFICAÇÃO DE SINAIS, SINTOMAS E FATORES ASSOCIADOS EM MATERNIDADE DE REFERÊNCIA EM MANAUS. Enfermagem em Foco [Internet]. 2019 Nov 7 [cited 2023 Jun 6];10(3):41–5. Available from: http://revista.cofen.gov.br/index.php/enfermagem/article/view/2455

29. Masías María, Arias Walter. Prevalencia de la depresión post parto en Arequipa, Perú. Revista Medica Herediana [Internet]. 2018;29(4):1–15. Available from: http://www.scielo.org.pe/scielo.php?pid=S1018-130X2018000400004&script=sci_arttext&tlng=en

30. Cavieres A, López P. La depresión como enfermedad: en defensa del modelo biomédico en psiquiatría. Rev Med Chil [Internet]. 2021;149(2):1–18. Available from: https://www.scielo.cl/scielo.php?pid=S0034-98872021000200274&script=sci_arttext

31. Juarez Mariela. Factores asociados a depresión posparto en puérperas inmediatas atendidas en el Hospital de apoyo II-2 Sullana, durante los meses de febrero marzo de 2022 [Internet] [Tesis de titulación, Universidad Nacional de Piura.]. Tesis de titulación, Universidad Nacional de Piura.; 2022. Available from: https://repositorio.unp.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12676/3437/MHUM-JUA-VAS-2022.pdf?sequence=1&isAllowed=y

32. Cobo Jesús. El concepto de depresión. Historia, definicion(es), nosología, clasificación. Psiquiatría [Internet]. 2005;9(4):1–16. Available from: https://www.researchgate.net/profile/Jesus-Cobo/publication/301590159_El_concepto_de_depresion_Historia_definiciones_nosologia_clasificacion/links/5b10ffcca6fdcc4611d9a06a/El-concepto-de-depresion-Historia-definiciones-nosologia-clasificacion.pdf

33. González M, Urruela G. Prevalencia de depresión durante el embarazo en mujeres atendidas en Centro de Salud Rural. Rev Fac Med [Internet]. 2018;1(24):1–18. Available from: https://revista-medicina.ufm.edu/publicaciones/wp-content/uploads/2019/11/No.-24-EJ-2018.pdf

34. Díaz A, González C. Actualidades en neurobiología de la depresión. Rev Latinoam Psiquiatría [Internet]. 2012 [cited 2023 Jun 5];11(3):106–15. Available from: https://www.medigraphic.com/pdfs/psiquiatria/rp-2012/rp123i.pdf

35. Dávila Hernández A, González González R, Liangxiao M, Xin N. Estudio sinomédico de la fisiopatología de la depresión. Revista Internacional de Acupuntura [Internet]. 2016 Jan 1 [cited 2023 Jun 6];10(1):9–15. Available from: https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S1887836916300060

36. Pérez E, Cervantes V, Hijuelos N, Salgado H. Prevalencia, causas y tratamiento de la depresión Mayor. Revista Biomédica [Internet]. 2017 [cited 2023 Jun 5];28(2). Available from: https://www.revistabiomedica.mx/index.php/revbiomed/article/view/557/590#:~:text=La%20hip%C3%B3tesis%20propone%20que%20la,l%C3%ADmbicas%20(emocionales)%20del%20cerebro.

37. Corea M. La depresión y su impacto en la salud pública. REV MÉD HONDUR [Internet]. 2021;89(1):61–8. Available from: http://www.bvs.hn/RMH/pdf/2021/pdf/Vol89-S1-2021-14.pdf

38. Mora M. Depresión postparto y tratamiento. Revista Médica de Costa Rica y Centroamérica [Internet]. 2016;35(620):511–4. Available from: https://www.medigraphic.com/pdfs/revmedcoscen/rmc-2016/rmc163q.pdf

39. Kajdy A, Defuniw S, Ajdacka U, Modzelewski J, Baranowska B. Risk factors for anxiety and depression among pregnant women during the COVID-19 pandemic. Medicine (Baltimore) [Internet]. 2020;99(30):1–18. Available from: 10.1097/MD.0000000000021279

40. Tomfohr L, Madigan S. Depression and anxiety in pregnancy during COVID-19: A rapid review and meta-analysis. Psychiatry Res [Internet]. 2021;300(1):1–18.

Available from: https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0165178121002092

41. Guimaraes F, Da Silva F, Bem A, De Holanda V, De Sousa S. Enfermedad mental en mujeres embarazadas. Enfermería Global [Internet]. 2019;18(53):1–18. Available from: https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1695-61412019000100016

42. Drzymalla E, Gladish N, Koen N, Epstein M, Kobor M, Zar H. Association between maternal depression during pregnancy and newborn DNA methylation. Transl Psychiatry [Internet]. 2021;11(572):1–19. Available from: https://www.nature.com/articles/s41398-021-01697-w

43. Solís M, Pineda A, Chacón J. Abordaje clínico y manejo de la depresión posparto. Rev.méd.sinerg [Internet]. 2019;4(6):90–9. Available from: https://revistamedicasinergia.com/index.php/rms/article/view/248

44. Fernández J, Iturriza A, Toro J, Valbuena R. Depresión posparto valorada mediante la escala de Edimburgo. Rev Obstet Ginecol Venez [Internet]. 2014;74(4):229–43. Available from: http://ve.scielo.org/pdf/og/v74n4/art03.pdf

45. Enrique Jadresic M. Depresión perinatal: Detección y tratamiento. Revista Médica Clínica Las Condes [Internet]. 2014 Nov 1 [cited 2023 Jun 6];25(6):1019–28. Available from: https://www.elsevier.es/es-revista-revista-medica-clinica-las-condes-202-articulo-depresion-perinatal-deteccion-tratamiento-S0716864014706510

46. Navas W. Depresión postparto. Revista Médica de Costa Rica y Centroamérica [Internet]. 2013;608(1):639–47. Available from: https://www.binasss.sa.cr/revistas/rmcc/608/art14.pdf

47. Ahmad H, Alkhatib A, Luo J. Prevalence and risk factors of postpartum depression in the Middle East: a systematic review and meta–analysis. BMC Pregnancy and Childbirth volume [Internet]. 2021;21(542):1–18. Available from: https://link.springer.com/article/10.1186/s12884-021-04016-9#Tab1

48. Urdaneta J, Rivera A, García J, Guerra M. Factores de riesgo de depresión posparto en puérperas venezolanas valoradas por medio de la escala de

Edimburgo. Rev Chil Obstet Ginecol [Internet]. 2011;76(2):1–18. Available from: https://www.scielo.cl/scielo.php?pid=S0717-75262011000200007&script=sci_arttext&tlng=en

49. Govender D. Antenatal and Postpartum Depression: Prevalence and Associated Risk Factors among Adolescents' in KwaZulu-Natal, South Africa. Depress Res Treat [Internet]. 2020;21(1):1–18. Available from: https://www.hindawi.com/journals/drt/2020/5364521/

50. Póo A, Espejo C, Godoy C, Gualda M, Hernández T, Pérez C. Prevalencia y factores de riesgo asociados a la depresión posparto en puérperas de un Centro de Atención Primaria en el Sur de Chile. Rev Méd Chile [Internet]. 2008 [cited 2023 Jun 5];136:44–52. Available from: https://www.scielo.cl/pdf/rmc/v136n1/art06.pdf

51. Meléndez M, Díaz M, Bohorjas L, Cabaña A, Casas J, Castrillo M, et al. Depresión postparto y los factores de riesgo. Salus [Internet]. 2017 [cited 2023 Jun 5];21(3):7–12. Available from: https://www.redalyc.org/pdf/3759/375955679003.pdf

52. Alcolea S, Mohamed D. Guía de cuidados en el embarazo. 2014.

53. Dois A. Actualizaciones en depresión posparto. Revista Cubana de Obstetricia y Ginecología [Internet]. 2012;38(4):576–86. Available from: http://scielo.sld.cu/pdf/gin/v38n4/gin16412.pdf

54. Atencia S. Factores de riesgo para la depresión posparto en madres adolescentes atendidas en el hospital nacional Daniel Alcides Carrion durante abril – junio, 2015 [Internet] [Tesis de pregrado]. [Lima]: Universidad Nacional Mayor de San Marcos; 2015 [cited 2022 Nov 11]. Available from: https://cybertesis.unmsm.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12672/4355/Atencia_os.pdf?sequence=1&isAllowed=y

55. Cox J. Thirty years with the Edinburgh Postnatal Depression Scale: voices from the past and recommendations for the future. The British Journal of Psychiatry [Internet]. 2019 Mar 1 [cited 2022 Nov 11];214(3):127–9. Available from: https://www.cambridge.org/core/journals/the-british-journal-of-psychiatry/article/thirty-years-with-the-edinburgh-postnatal-depression-scale-

voices-from-the-past-and-recommendations-for-the-future/B22C1AF432691C13E96E48988758D939

56. Manzini JL. DECLARACIÓN DE HELSINKI: PRINCIPIOS ÉTICOS PARA LA INVESTIGACIÓN MÉDICA SOBRE SUJETOS HUMANOS. Acta Bioeth [Internet]. 2000 Dec [cited 2023 Jun 6];6(2):321–34. Available from: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1726-569X2000000200010&lng=es&nrm=iso&tlng=es

Anexos

Anexo 1. Consentimiento informado

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Esta investigación titulada “Factores de riesgo asociados a la depresión posparto en mujeres atendidas en el Hospital Nacional Sergio E. Bernales, 2023”, tiene como objetivo determinar los factores de riesgo asociados con la depresión posparto en mujeres atendidas en el Hospital.

El procedimiento para aplicar los instrumentos implica que lea atentamente los cuestionarios proporcionados y marque la opción que la represente, donde no hay respuesta buena o mala. Cabe indicar que esta investigación no implica riesgo alguno para su persona porque sus datos serán mantenidos confidenciales y se protegerá su privacidad. Con la firma de este consentimiento, reconoce que ha leído y comprendido la información proporcionada y entiende que su participación en este estudio es voluntaria.

Yo……, identificada con DNI Nº……, estoy de acuerdo en participar voluntariamente en la investigación conducida por la investigadora Lizbeth Salazar Ricci, titulada: “Factores de riesgo asociados a la depresión posparto en mujeres atendidas en el Hospital Nacional Sergio E. Bernales, 2023”. He sido informada que el objetivo de este estudio es determinar los factores de riesgo asociados con la depresión posparto en mujeres atendidas en el Hospital Nacional Sergio E. Bernales, como parte de un estudio de tesis para alcanzar el grado de Licenciada en Obstetricia de la Universidad Nacional Mayor de San Marcos.

Asimismo, se me comunicó que todos los datos que aportaré serán utilizados solo con fines científicos y que puedo abandonar el mismo cuando lo considere oportuno.

Participación voluntaria:

Puede hacer todas las preguntas para aclarar sus dudas antes de decidir si desea participar o no, y su decisión será respetada. Posterior a la aceptación no desea continuar puede hacerlo sin ningún problema.

Riesgo:

NO existe riesgo o daño al participar en la investigación. Sin embargo, en el caso que existan preguntas que le puedan generar incomodidad. Usted tiene la libertad de responderlas o no.

Beneficios:

Se le informará que los resultados de la investigación se le alcanzará a la institución al término de la investigación. No recibirá ningún beneficio económico ni de ninguna otra índole. El estudio no va a aportar a la salud individual de la persona, sin embargo, los resultados del estudio podrán convertirse en beneficio de la salud pública.

Confidencialidad:

Los datos recolectados deben ser anónimos y no tener ninguna forma de identificar al participante. Garantizamos que la información que usted nos brinde es totalmente Confidencial y no será usada para ningún otro propósito fuera de la investigación. Los datos permanecerán bajo custodia del investigador principal y pasado un tiempo determinado serán eliminados convenientemente.

Para que así conste firmo la presente el día … del mes ……. del año …….

……	……
Firma del participante	Firma del investigador
Celular:	Celular: 994918303

Anexo 2. Asentimiento informado para menores de edad

Esta investigación titulada “Factores de riesgo asociados a la depresión posparto en mujeres atendidas en el Hospital Nacional Sergio E. Bernales, 2023”, tiene como objetivo determinar los factores de riesgo asociados con la depresión posparto en mujeres atendidas en el Hospital.

El procedimiento para aplicar los instrumentos implica que la participante lea atentamente los cuestionarios proporcionados y marque con un (X) la opción que le represente, donde no hay respuesta buena o mala. Cabe indicar que esta investigación no implica riesgo alguno para la participante ya que sus datos serán mantenidos confidenciales y se protegerá su privacidad. Con la firma de este consentimiento, reconoce que ha leído y comprendido la información proporcionada y entiende que la participación de su menor hija en este estudio es voluntaria.

Participación voluntaria:

Puede hacer todas las preguntas para aclarar sus dudas antes de decidir si desea participar o no, y su decisión será respetada. Posterior a la aceptación no desea continuar puede hacerlo sin ningún problema.

Riesgo:

NO existe riesgo o daño al participar en la investigación. Sin embargo, en el caso que existan preguntas que le puedan generar incomodidad. Usted tiene la libertad de responderlas o no.

Beneficios:

Se le informará que los resultados de la investigación se le alcanzará a la institución al término de la investigación. No recibirá ningún beneficio económico ni de ninguna otra índole. El estudio no va a aportar a la salud individual de la persona, sin embargo, los resultados del estudio podrán convertirse en beneficio de la salud pública.

Confidencialidad:

Los datos recolectados deben ser anónimos y no tener ninguna forma de identificar al participante. Garantizamos que la información que usted nos brinde es totalmente

Confidencial y no será usada para ningún otro propósito fuera de la investigación. Los datos permanecerán bajo custodia del investigador principal y pasado un tiempo determinado serán eliminados convenientemente.

DECLARACION VOLUNTARIA DEL CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo (padre o apoderado) ……, identificada (o) con DNI Nº……, autorizo a mi menor hija …… identificada con N° de DNI …… participar voluntariamente en la investigación conducida por la investigadora Lizbeth Salazar Ricci, titulada: “Factores de riesgo asociados a la depresión posparto en mujeres atendidas en el Hospital Nacional Sergio E. Bernales, 2023”. He sido informada (o) que el objetivo de este estudio es determinar los factores de riesgo asociados con la depresión posparto en mujeres atendidas en el Hospital Nacional Sergio E. Bernales, como parte de un estudio de tesis para alcanzar el grado de Licenciada en Obstetricia de la Universidad Nacional Mayor de San Marcos.

Asimismo, se me comunicó que todos los datos que mi menor hija aportará serán utilizados solo con fines científicos y que puede abandonar el mismo cuando lo considere oportuno.

Para que así conste firmo la presente el día … del mes ……. del año ……

……	……..…
Firma del padre o apoderado	Firma del investigador
Celular:	Celular: 994918303

Esta investigación titulada “Factores de riesgo asociados a la depresión posparto en mujeres atendidas en el Hospital Nacional Sergio E. Bernales, 2023”, tiene como objetivo determinar los factores de riesgo asociados con la depresión posparto en mujeres atendidas en el Hospital.

El procedimiento para aplicar los instrumentos implica que lea atentamente los cuestionarios proporcionados y marque con un (X) la opción que le represente, donde no hay respuesta buena o mala. Cabe indicar que esta investigación no implica riesgo alguno para su persona porque sus datos serán mantenidos confidenciales y se protegerá su privacidad. Con la firma de este consentimiento, reconoce que ha leído y comprendido la información proporcionada y entiende que su participación en este estudio es voluntaria.

ASENTIMIENTO INFORMADO

Yo……, de …. años de edad identificada con DNI Nº……, estoy de acuerdo en participar voluntariamente en la investigación conducida por la investigadora Lizbeth Salazar Ricci, titulada: “Factores de riesgo asociados a la depresión posparto en mujeres atendidas en el Hospital Nacional Sergio E. Bernales, 2023”. He sido informada que el objetivo de este estudio es determinar los factores de riesgo asociados con la depresión posparto en mujeres atendidas en el Hospital Nacional Sergio E. Bernales, como parte de un estudio de tesis para alcanzar el grado de Licenciada en Obstetricia de la Universidad Nacional Mayor de San Marcos.

Asimismo, se me comunicó que todos los datos que aportaré serán utilizados solo con fines científicos y que puedo abandonar el mismo cuando lo considere oportuno.

Para que así conste firmo la presente el día … del mes …..…….. del año ……

……	……
Firma del participante	Firma del investigador
Celular:	Celular: 994918303

Anexo 3. Instrumento

CUESTIONARIO DE FACTORES DE RIESGO

INSTRUCCIONES:

Leer detenidamente los ítems empleados, posterior a ello, marque con un aspa (x) la respuesta que considere correcta.

Características Generales:

Edad: Joven <18 años ( ) Adulta 18 a 35 años ( ) Pre menopaúsica >35 años ( )

Estado civil: Soltera ( ) Conviviente ( ) Casada ( ) Viuda ( )

Grado académico:

No realizó estudios ( ) Superior técnico incompleta ( )
Primaria incompleta ( ) Superior técnico completa ( )
Primaria completa ( ) Superior universitario incompleta ( )
Secundaria incompleta ( ) Superior universitario completa ( )
Secundaria completa ( )

Ocupación: Ama de casa ( ) Empleado ( ) Estudiante ( ) Comerciante ( ) Otros ( )

Procedencia:

Lima Norte ( ) Otros distritos de Lima ( ) Provincias de Lima ( ) Otras regiones ( )

Religión: Ninguna ( ) Católica ( ) Evangélica ( ) Otros ( )

Características Obstétricas: Cantidad de embarazos: ……
Cantidad de partos vaginales: ……
Cantidad de partos por cesárea: ……
Cantidad de hijos vivos: ……

I. Factores Sociales:

1.1 ¿Presenta actividad laboral actual?

a. Si

b. No

1.2 ¿Convive con su pareja?

a. Si

b. No

1.3 ¿Su pareja trabaja?

a. Si

b. No

1.4 ¿Recibe apoyo económico de su pareja?

a. Si

b. No

1.5 ¿Recibe apoyo económico de su familia?

a. Si

b. No

1.6 ¿Ha consumido sustancias como cigarrillos, alcohol u otro tipo de sustancias nocivas durante la gestación?

a. Si

b. No

II. Factores Obstétricos:

2.1 ¿Ha tenido algún aborto?

a. Si

b. No

2.2 ¿Tiene algún hijo fallecido?

a. Si

b. No

2.3 ¿Ha tenido 6 o más controles prenatales?

a. Si

b. No

2.4 ¿Ha sufrido de alguna enfermedad durante el embarazo como hipertensión, diabetes, anemia, etc.?

a. Si ----- Mencione cuál

b. No

2.5 ¿Fue hospitalizada durante la gestación?

a. Si ----- Mencione el motivo

b. No

2.6 ¿Su parto fue por cesárea?

a. Si

b. No

2.7 ¿Ha tenido alguna complicación durante el parto?

a. Si ----- Mencione cuál

b. No

2.8 ¿Su bebé ha presentado alguna enfermedad o complicación después del parto?

a. Si

b. No

2.9 ¿Tiene alguna dificultad para la lactancia materna exclusiva?

a. Si

b. No

III. Factores Psicológicos:

3.1 ¿Su embarazo ha sido planificado?

a. Si

b. No

3.2 ¿Su embarazo ha sido deseado?

a. Si

b. No

3.3 ¿Ha presentado sentimientos de culpa por su embarazo?

a. Si

b. No

3.4 ¿La relación con su pareja es buena?

a. Si

b. No

3.5 ¿Ha recibido apoyo emocional por parte de su pareja durante la gestación?

a. Si

b. No

3.6 ¿Su familia presenta una buena relación con usted?

a. Si

b. No

3.7 ¿Su familia le ha colaborado de forma económica en su embarazo?

a. Si

b. No

3.8 ¿Ha recibido insultos por su pareja o familiares?

a. Si

b. No

3.9 ¿Alguno de sus familiares ha presentado depresión?

a. Si

b. No

3.10 ¿Ha tenido depresión antes la gestación?

a. Si

b. No

3.11 ¿Ha tenido depresión durante la gestación?

a. Si

b. No

3.12 ¿Ha sentido estrés durante de la gestación o el parto?

a. Si

b. No

3.13 ¿Tuvo miedo durante el parto?

a. Si

b. No

3.14 ¿A menudo siente preocupaciones o dificultades para cuidar a su bebé?

a. Si

b. No

3.15 ¿Actualmente, ha tenido dificultad para concentrarse?

a. Si

b. No

3.16 ¿Se ha sentido melancólica?

a. Si

b. No

3.17 ¿Se ha sentido ansiosa?

a. Si
b. No

Anexo 4. Escala depresión postnatal Edimburgo (EPDS)

	Pregunta	Puntaje
1	**He sido capaz de reírme y ver el lado divertido de las cosas:**	
	Tanto como siempre	0
	No tanto como ahora	1
	Mucho menos ahora	2
	No, nada	3
2	**He disfrutado de mirar hacia adelante:**	
	Tanto como siempre	0
	No tanto como ahora	1
	Mucho menos ahora	2
	No, nada	3
3	**Cuando las cosas han salido mal, me he culpado a mí misma innecesariamente:**	
	Si, a la mayor parte del tiempo	3
	Si, a veces	2
	No con mucha frecuencia	1
	No, nunca	0
4	**He estado nerviosa o inquieta sin tener motivo aparente:**	
	No, nunca	0
	Casi nunca	1
	Si, a veces	2
	Si, con mucha frecuencia	3
5	**He sentido miedo o he estado asustadiza sin tener motivo:**	
	Si, bastante	3
	Si, a veces	2
	No, no mucho	1
	No, nunca	0

6	**Las cosas me han estado abrumando:** Si, a la mayor parte del tiempo no he podido hacer las cosas en absoluto Si, a veces no he podido hacer las cosas tan bien como siempre No, la mayor parte del tiempo he hecho las cosas bastante bien No, he estado haciendo las cosas tan bien como siempre	 3 2 1 0
7	**Me he sentido tan desdichada que he tenido dificultades para dormir:** Si, a la mayor parte del tiempo Si, a veces No con mucha frecuencia No, nunca	 3 2 1 0
8	**Me he sentido triste o desgraciada:** Si, a la mayor parte del tiempo Si, bastante a menudo No con mucha frecuencia No, nunca	 3 2 1 0
9	**Me he sentido tan desdichada que he estado llorando:** Si, a la mayor parte del tiempo Si, bastante a menudo Sólo ocasionalmente No, nunca	 3 2 1 0
10	**Se me ha ocurrido la idea de hacerme daño:** Si, bastante a menudo A veces Casi nunca Nunca	 3 2 1 0

Anexo 5. Matriz de consistencia

TÍTULO DEL TEMA DE TESIS: "Factores de riesgo asociados a la depresión posparto en mujeres atendidas en el Hospital Nacional Sergio E. Bernales, 2023"

PROBLEMA	OBJETIVOS	HIPÓTESIS	VARIABLES	METODOLOGÍA
Problema general ¿Cuáles son los factores de riesgo asociados con la depresión posparto en mujeres atendidas en el Hospital Nacional Sergio E. Bernales, 2023? **Problemas específicos** • ¿Cuáles son los factores de riesgo sociodemográficos asociados con la depresión posparto?	**Objetivo general** Determinar los factores de riesgo asociados con la depresión posparto en mujeres atendidas en el Hospital Nacional Sergio E. Bernales, 2023. **Objetivos específicos** • Determinar los factores de riesgo sociodemográficos asociados con la depresión posparto.	"Existen factores de riesgo asociados a la depresión posparto en mujeres atendidas en el Hospital Nacional Sergio E. Bernales, 2023".	**Variable 1** Factores de riesgo **Variable 2** Depresión postparto **Dimensiones** Factor sociodemográfico Factor obstétrico Factor psicológico	**Enfoque:** Cuantitativo. **Tipo:** Observacional. **Alcance de investigación:** Correlacional **Diseño**: Analítico, de casos y controles, retrospectivo y de corte transversal. **Población:** La población está compuesta por las pacientes puérperas del Hospital Sergio Bernales.

• ¿Cuáles son los factores de riesgo obstétricos asociados con la depresión posparto? • ¿Cuáles son los factores de riesgo psicológicos asociados con la depresión posparto?	• Determinar los factores de riesgo obstétricos asociados con la depresión en posparto. • Determinar los factores de riesgo psicológicos asociados con la depresión posparto.			**Muestra probabilística:** La muestra de estudio está compuesta por la misma de la población. **Técnica de recolección:** Encuesta **Instrumento de recolección:** Cuestionario para evaluar los factores asociados. Escala de Depresión Postnatal de Edimburgo EPDS).

Anexo 6. Constancia de aprobación del comité de ética del Hospital Nacional Sergio E. Bernales

"Año del Fortalecimiento de la Soberanía Nacional"

COMITÉ INSTITUCIONAL DE ÉTICA EN INVESTIGACIÓN DEL HOSPITAL NACIONAL SERGIO E. BERNALES

N° 0064-2023

CONSTANCIA DE DECISIÓN ÉTICA

El Comité Institucional de Ética en Investigación del Hospital Nacional Sergio E. Bernales (CIEI-HNSEB) hace constar que el protocolo de investigación denominado: "Factores de riesgo asociados a la depresión posparto en mujeres atendidas en el Hospital Nacional Sergio E. Bernales, 2023" fue **APROBADO** bajo la modalidad de **REVISIÓN EXPEDITA**.

Investigadora:

Lizbeth Salazar Ricci

El protocolo de investigación aprobado corresponde a la **versión 01** de fecha **31 de julio de 2023**.

Para la aprobación se ha considerado el cumplimiento de los lineamientos metodológicos y éticos en investigación, que incluye el balance beneficio/riesgo, confidencialidad de los datos y otros.

Las enmiendas en relación con los objetivos, metodología y aspectos éticos de la investigación deben ser solicitadas por el investigador principal al CIEI-HNSEB.

El protocolo de investigación aprobado tiene un periodo de vigencia de 12 meses; desde el 31 de julio de 2023 hasta el 30 de julio de 2024, y; de ser necesario, deberá solicitar la renovación con 30 días de anticipación.

De forma semestral, deberá enviarnos los informes de avance del estudio a partir de la presente aprobación y así como el informe de cierre una vez concluido el estudio.

Lima, 31 de julio de 2023

MINISTERIO DE SALUD
HOSP NAC SERG E BERNALES
YESSICA IRIS SALAZAR QUIROZ
PRESIDENTA COMITE
INSTITUCIONAL DE ETICA
EN INVESTIGACION