

**UNIVERSIDAD NACIONAL DE CAJAMARCA**  
**FACULTAD DE MEDICINA**  
**ESCUELA ACADÉMICO PROFESIONAL DE MEDICINA HUMANA**



**TESIS:**

*“PREVALENCIA DE DEPRESIÓN POST PARTO EN MUJERES ATENDIDAS EN EL  
SERVICIO DE OBSTETRICIA DEL CENTRO DE SALUD BAÑOS DEL INCA,  
CAJAMARCA, MAYO-AGOSTO DEL 2023”*

**PARA OPTAR EL TÍTULO DE MÉDICO CIRUJANO**

**AUTOR:**

BACH. JUAN KORY GAMARRA MURRUGARRA

**ASESOR:**

M.C. SEGUNDO MANUEL VEGA PIZÁN

ORCID: 0000-0002-1837-8963

**Cajamarca, Perú**  
**2024**

## CONSTANCIA DE INFORME DE ORIGINALIDAD

1. Investigador: Juan Kory Gamarra Murrugarra  
DNI: 71602360  
Escuela Profesional: Medicina Humana
2. Asesor: M.C.Mg. Segundo Manuel Vega Pizán  
Facultad/ Unidad UNC: Facultad de Medicina
3. Grado Académico o título Profesional: Título de Médico Cirujano
4. Tipo de Investigación: Tesis
5. Título de Trabajo de Investigación: **"PREVALENCIA DE DEPRESIÓN POST PARTO EN MUJERES ATENDIDAS EN EL SERVICIO DE OBSTETRICIA DEL CENTRO DE SALUD BAÑOS DEL INCA, CAJAMARCA, MAYO-AGOSTO DEL 2023"**
6. Fecha de Evaluación: 11/03/2024
7. Software Antiplagio : TURNITIN
8. Porcentaje de Informe de Similitud: 21%
9. Código Documento: oid: 3117: 339243905
10. Resultado de la Evaluación de Similitud: **APROBADO**

Cajamarca, 12 de Marzo del 2024



## ***DEDICATORIA***

*A mis queridos padres y hermanas,*

*Ustedes han sido un pilar esencial  
en cada etapa de este camino académico.*

*Agradezco profundamente su constante apoyo, comprensión y aliento.*

*Su creencia inquebrantable en mí ha sido un gran impulso  
y la fuerza detrás de este logro.*

## **AGRADECIMIENTOS**

A mis respetados maestros de la Facultad de Medicina, cuyos conocimientos y enseñanzas han sido la base de mi formación profesional. También agradezco a los médicos que me guiaron y me inspiraron durante el internado, contribuyendo así a mi crecimiento académico y personal.

Al Dr. Segundo Manuel Vega Pizán, mi asesor de tesis, por su invaluable orientación, apoyo y sabiduría a lo largo de este proceso. Sus consejos y dirección han sido fundamentales para realizar esta investigación.

Al personal del Centro de Salud de Baños del Inca, agradezco la oportunidad brindada para llevar a cabo esta investigación en su institución. Su colaboración y apoyo fueron esenciales para la realización de este estudio.

A todos ellos, mi más profundo reconocimiento por su dedicación y contribución a mi formación como profesional de la salud.

# ÍNDICE DE CONTENIDOS

RESUMEN .....	iii
ABSTRACT .....	v
CAPÍTULO I: PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN.....	1
1.1. Planteamiento del problema .....	1
1.2. Formulación del problema de investigación.....	4
1.3. Justificación de la investigación .....	4
1.4. Objetivos de la investigación.....	5
1.5. Limitaciones de la investigación .....	5
1.6. Consideraciones éticas.....	6
CAPÍTULO II: MARCO TEÓRICO.....	7
2.1. Antecedentes.....	7
2.2. Bases teóricas .....	12
2.3. Marco conceptual .....	23
CAPÍTULO III: HIPÓTESIS Y OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES .....	26
3.1. Hipótesis de investigación e hipótesis nula .....	26
3.2. Operacionalización de variables .....	27
CAPÍTULO IV: METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN.....	29
5.1. Materiales y métodos.....	29
CAPÍTULO V: RESULTADOS .....	32
CAPÍTULO VI: DISCUSIÓN.....	36
CAPÍTULO VII: CONCLUSIONES .....	39
CAPÍTULO VIII: RECOMENDACIONES.....	40
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS .....	41
ANEXOS .....	47

## ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1: Características sociodemográficas .....	32
Tabla 2: Antecedentes gineco-obstétricos y perinatales.....	33
Tabla 3: Antecedentes psiquiátricos .....	33
Tabla 4: Prevalencia de síntomas de depresión y depresión postparto.....	34
Tabla 5: Asociación de variables sociodemográficas con el puntaje de EDPS.....	34
Tabla 6: Asociación de variables Gineco-obstétricas con el puntaje de la EDPS.....	35
Tabla 7: Asociación de antecedentes psiquiátricos con el puntaje de EDPS .....	35

## RESUMEN

**Introducción:** La depresión postparto es una de las complicaciones puerperales más frecuentes, su origen es multifactorial y las cifras de prevalencia mundial son variables de acuerdo con el contexto de vida de las pacientes, si no se reconoce ni se trata a tiempo, puede ocasionar implicaciones negativas para su salud y la relaciones familiares y maternas; por ello es importante su reconocimiento precoz y determinar los factores asociados a su desarrollo.

**Objetivo:** Determinar la prevalencia de depresión postparto en mujeres atendidas en el servicio de obstetricia del Centro de Salud Baños del Inca, Cajamarca, en mayo-agosto de 2023.

**Métodos:** Estudio de tipo descriptivo de corte transversal. La población estuvo conformada por 185 pacientes atendidas en el Centro de Salud de Baños del Inca entre los meses de mayo-agosto del año 2023, se obtuvo una muestra de 96 mujeres, sin embargo, el estudio se conformó por 78 participantes que cumplieron con los criterios de inclusión y no con los de exclusión. Se utilizó como instrumento la Escala de Depresión Postnatal de Edimburgo (EPDS) validada en nuestro país para valorar los casos de depresión postparto y una ficha de recolección de datos para determinar los factores asociados; los cuales se aplicaron por una entrevista telefónica. Se determinó la prevalencia con estadística descriptiva mediante el uso del programa IBM SPSS v27 y la asociación con la prueba de Chi-cuadrado y prueba exacta de Fisher.

**Resultados:** Se encontró que un 12.8% de participantes presentaron síntomas de depresión y un 10.3% depresión postparto. Se determinó una asociación estadísticamente significativa con la prueba Chi-cuadrado para los factores aborto (p -valor 0.015) y enfermedad del recién nacido (p -valor 0.004) con la presencia de depresión postparto.

**Conclusiones:** La prevalencia de depresión postparto en mujeres atendidas en el Centro de Salud de Baños del Inca, entre mayo y agosto del 2023 alcanza un 10.3%. Los factores aborto y enfermedades del recién nacido son factores asociados a la presencia de depresión postparto en la población estudiada.

**Palabras clave:** prevalencia, depresión postparto, escala de depresión postnatal de Edimburgo, factores sociodemográficos, aborto.

## ABSTRACT

**Introduction:** Postpartum depression is one of the most frequent postpartum complications, its origin is multifactorial and the worldwide prevalence figures are variable according to the life context of the patients. If it is not recognized or treated in time, it can cause negative implications for their health and family and maternal relationships; for this reason, it is important to recognize it early and determine the factors associated with its development.

**Objective:** Determine the prevalence of postpartum depression in women treated in the obstetrics service of the Baños del Inca Health Center, Cajamarca, in May-August 2023.

**Methods:** Cross-sectional descriptive study. The population was made up of 185 patients treated at Baños del Inca Health Center between the months of May-August 2023, a sample of 96 women was obtained, however, the study was made up of 78 participants who met the requirements inclusion criteria and not exclusion criteria. The Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS), validated in our country, was used as an instrument to assess cases of postpartum depression and a data collection form to determine the associated factors; which were applied through a telephone interview. Prevalence was determined with descriptive statistics using the IBM SPSS v27 program and the association with the Chi-square and Fisher's exact test.

**Results:** It was found that 12.8% of participants presented symptoms of depression and 10.3% postpartum depression. A statistically significant association was determined with the Chi-square test for the factors abortion (p -value 0.015) and newborn illness (p -value 0.004) with the presence of postpartum depression.

**Conclusions:** The prevalence of postpartum depression in women treated at the Baños del Inca Health Center, between May and August 2023, reaches 10.3%. The factors abortion and

newborn illnesses are factors associated with the presence of postpartum depression in the population studied.

**Keywords:** prevalence, postpartum depression, Edinburgh postnatal depression scale, sociodemographic factors, abortion.

# CAPÍTULO I: PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN

## 1.1. Planteamiento del problema

La depresión es el trastorno del estado de ánimo más común de la población en general, y la frecuencia de presentación es el doble en mujeres que en hombres, además su aparición inicial es máxima en los años de edad reproductiva.<sup>1</sup> Es este un motivo por el cual la salud mental en mujeres es una prioridad de estudio, sobre todo en aquellas mujeres que experimentan cambios en el período del embarazo y postparto, puesto que están sometidas a un alto nivel de estrés y alteraciones hormonales, entre otros factores que pueden desencadenar depresión postparto.

Si bien el término depresión postparto aún se sigue utilizando en la mayoría de fuentes bibliográficas, hay quienes consideran mejor el concepto de depresión periparto, puesto que el 50% de las depresiones postparto comienzan en realidad antes del parto, de ahí su asociación con los trastornos antes y después del embarazo.<sup>2</sup> Considerando ello, la depresión en el estadio tras el parto no sería extraña, incluso se sabe que su prevalencia general estimada alcanza una tasa del 10 al 15%<sup>3</sup>, más aún su concepto incluye tanto trastornos depresivos menores como mayores durante los 12 meses tras el parto, y se sabe que es una de las complicaciones más comunes en el puerperio, incluso llegando a afectar a una de cada 7 mujeres.<sup>1</sup>

Brummelte et al.<sup>3</sup> también consideran que la depresión se puede producir hasta 12 meses después del parto, y por ello recalcan que es importante evaluar y tratar a las mujeres con este padecimiento, puesto que tiene un impacto en la salud del lactante, sobre todo por el posible deterioro del vínculo materno, lo que conlleva a afectar al desarrollo social, cognitivo y conductual del lactante<sup>3</sup> e incluso algunos episodios depresivos

posparto pueden incluir rasgos psicóticos con delirios y alucinaciones que, en el extremo, pueden conducir al infanticidio.<sup>2</sup>

Cuando esto ocurre a menudo es el estado de ánimo del niño lo que llama la atención y hace pensar en depresión materna<sup>2</sup>, sin embargo es más común que en la mayoría de casos la depresión postparto pase por alto ya que los cambios en el sueño, apetito o libido pueden atribuirse a cambios normales del periodo de embarazo y postparto, además es probable que algunas mujeres se nieguen a brindar información de cambios en su estado de ánimo cuando son interrogadas en la consulta, lo que dificulta aún más el reconocimiento por parte del personal de salud.<sup>1</sup>

El Colegio Americano de Obstetras y Ginecólogos<sup>1</sup> considera de suma importancia reconocer los síntomas de depresión postparto, porque si no es tratada podría tener efectos devastadores como el suicidio materno, es por ello que el contacto con los servicios de salud debe ser ideal para evaluar a las mujeres en este período, identificar a aquellas que tengan síntomas de depresión y tratarlas a tiempo. Para la evaluación se sugiere que los prestadores de atención en salud evalúen al menos una vez tras el parto a las mujeres con un instrumento estandarizado y validado, en búsqueda de signos de depresión, y de ser necesario iniciar la terapia médica o derivación oportuna de las pacientes a centros de salud especializados.

Morrow<sup>4</sup> también recomienda el screening universal a todas las mujeres tras el parto, y sugiere con más énfasis la evaluación de aquellas que tuvieron antecedentes de depresión, puesto que este grupo de mujeres tiene un riesgo doble de depresión postparto, y por lo tanto deben ser evaluadas de manera inmediata y cuidadosa para identificar los síntomas y prevenir consecuencias desfavorables para la salud materna y de los recién nacidos.

En casos se identifique una mujer con depresión, ansiedad, antecedentes de trastornos de ánimo perinatales o pensamientos suicidas, es recomendable hacer seguimiento, evaluación y valoración estricta, ya que estas pacientes pueden requerir intervenciones psicológicas, psicosociales e incluso terapia farmacológica inmediata.<sup>1</sup>

Para la evaluación de las mujeres en el período postparto, el instrumento más sugerido por facilidad de aplicación y tiempo es la Escala de Depresión Postnatal de Edimburgo(EPDS), esta herramienta sirve para identificar a aquellas mujeres con síntomas de depresión postparto, y se realiza mediante un cuestionario de 10 preguntas, y su aplicación puede tomar menos de 5 minutos.<sup>5</sup> La EPDS también se usa porque incluye síntomas de ansiedad, que son una característica destacada de los trastornos del estado de ánimo perinatales, pero excluye los síntomas constitucionales de la depresión, como cambios en los patrones de sueño, que pueden ser comunes en el embarazo y el puerperio. La inclusión de estos síntomas constitucionales en otros instrumentos de detección puede reducir su especificidad para la depresión perinatal.<sup>1</sup>

En el año 2016 el Grupo de Trabajo de Servicios Preventivos de Estados Unidos respalda la detección de depresión en la población general, incluyendo el período postparto; a partir de una revisión sistemática, la mayoría de estudios brindaron algún tipo de tratamiento o apoyo adicional a la detección, incluyendo asesoramiento, protocolo de tratamiento o capacitación de médicos y personal auxiliar. En el seguimiento de las pacientes, se demostró una reducción absoluta en la prevalencia de la depresión hasta un 9%.<sup>6</sup>

De acuerdo a lo expuesto, el autor considera que la depresión postparto es un problema de importancia mundial, con una alta prevalencia, que conlleva a un deterioro en la salud mental materna, el desarrollo del vínculo madre-hijo, relaciones interpersonales

familiares y la salud del niño. Si bien se han realizado estudios en distintas partes del mundo, incluso en nuestro país, no se ha encontrado un estudio de prevalencia de este problema en nuestra región, por ello considera trascendental conocer la prevalencia de la depresión postparto Cajamarca, de tal manera que se tenga una idea de la gravedad del problema en nuestra región y por lo tanto servir como un antecedente para nuevas investigaciones que deseablemente sean más amplias e indaguen en la problemática causal de la depresión postparto, su evaluación y manejo en los centros de salud local.

## **1.2. Formulación del problema de investigación**

¿Cuál es la prevalencia de depresión postparto en mujeres atendidas en el servicio de obstetricia del Centro de Salud Baños del Inca, Cajamarca, mayo-agosto de 2023?

## **1.3. Justificación de la investigación**

Es reconocible que en nuestro medio no se presta la debida atención a la salud mental, la cual es una base del bienestar integral del ser humano, las gestantes atraviesan una serie de cambios hormonales que, junto a distintos factores sociodemográficos, gineco-obstétricos, y patológicos podrían estar asociados a una serie de síntomas depresivos tras el parto. Si bien se han realizado algunos estudios en nuestro país, los datos aún son limitados y no contamos con un estudio a gran escala, ni un modelo ideal para ser aplicado y poder identificar estos factores, mucho menos se tiene información precisa de la cantidad de mujeres que podrían estar siendo afectadas de depresión en su período postparto, es por ello que este estudio busca determinar la prevalencia de depresión postparto para servir como antecedente a futuras investigaciones, considerar el nivel de problema que se tiene y tomar las medidas necesarias para proporcionar una solución, ya que los problemas originados a partir de este cuadro clínico afectan no solo la salud

de la madre, sino sus relaciones interpersonales sociales y familiares así como el desarrollo del niño.

#### **1.4. Objetivos de la investigación**

##### **1.4.1. Objetivo general**

Determinar la prevalencia de depresión postparto en mujeres atendidas en el servicio de obstetricia del Centro de Salud Baños del Inca, Cajamarca, mayo-agosto de 2023.

##### **1.4.2. Objetivos específicos**

1. Identificar los factores sociodemográficos asociados a las mujeres con depresión postparto atendidas en el servicio de obstetricia del Centro de Salud Baños del Inca, Cajamarca, en mayo-agosto de 2023.
2. Indicar los factores gineco-obstétricos asociados a las mujeres con depresión postparto atendidas en el servicio de obstetricia del Centro de Salud Baños del Inca, Cajamarca, en mayo-agosto de 2023.
3. Conocer los antecedentes de enfermedades psiquiátricas asociados a las mujeres con depresión postparto atendidas en el servicio de obstetricia del Centro de Salud Baños del Inca, Cajamarca, en mayo-agosto de 2023.

#### **1.5. Limitaciones de la investigación**

Las limitaciones para la estructuración y ejecución de la investigación fueron la poca disponibilidad de tiempo, recursos económicos limitados, distancia al centro de salud, aceptación del consentimiento informado, el nivel educacional de las participantes, información de contacto telefónico inadecuado.

## **1.6. Consideraciones éticas**

Se solicitó la autorización del Jefe del Centro de Salud para establecer contacto con las potenciales participantes del estudio, a quienes se les brindó información contenida en la hoja del Anexo N°4, así mismo se realizó la lectura del consentimiento informado para obtener la respuesta de aceptación o rechazo de formar parte de la investigación, por lo tanto las participantes del presente estudio fueron informadas de manera detallada de los fines, riesgos, beneficios y del trato confidencial de sus datos personales, el que no será vulnerado para otros fines y permanecerán en anonimato; en cuanto a las pacientes menores de edad se pidió el consentimiento parental y el asentimiento de la participante.

## CAPÍTULO II: MARCO TEÓRICO

### 2.1. Antecedentes

Manoussi et al.<sup>7</sup> realizaron un estudio transversal en Marruecos, los autores establecieron como objetivo evaluar la prevalencia de depresión postparto entre las mujeres de la provincia de Essaouira y comprender los factores asociados a ella. Se aplicó una entrevista a 504 mujeres casadas entre 18 a 49 años en 16 centros de salud. La escala de depresión posparto de Edimburgo fue utilizada para detectar síntomas de depresión posparto. Sus resultados revelaron que la prevalencia de depresión posparto fue del 30%. También se observó que los antecedentes psiquiátricos en el último embarazo y el nivel socioeconómico del hogar se asociaron de forma significativa con depresión posparto. El estudio concluye en que se debe reducir la depresión posparto, y para ello es necesario invertir en la salud mental de las mujeres durante el periodo de gestación y postparto, así como mejorar sus condiciones socioeconómicas.

Liu et al.<sup>8</sup> realizaron una revisión sistémica y metaanálisis cuyo objetivo fue determinar la prevalencia estimada agrupada y los factores de riesgo de la depresión posparto. Para su estudio llevaron a cabo búsquedas en las bases de datos de PubMed, Cochrane, Embase y Web of Science; donde se obtuvo 27 estudios de prevalencia de depresión posparto, con un total de 133 313 pacientes. La prevalencia agrupada en todos los estudios fue del 14%, esta tasa varió según el país, y fue mayor en países en desarrollo. Los factores de riesgo asociados con depresión posparto fueron diabetes mellitus gestacional, depresión durante el embarazo, mujeres embarazadas que dan a luz niños, antecedentes de depresión durante la gestación, antecedentes de depresión y anestesia epidural durante el parto.

Gaviria et al.<sup>9</sup> realizaron un estudio trasversal y descriptivo cuyo objetivo fue estimar la prevalencia de los síntomas de depresión postparto que afectaron a pacientes embarazadas durante la crisis de la pandemia de COVID - 19, residentes en Antioquia, Colombia. En las participantes se utilizó la Escala de Depresión Postparto de Edimburgo (EPDS) para medir el riesgo de depresión. De un total de 345 mujeres embarazadas entre 15 a 44 años, se encontró una prevalencia de riesgo de depresión del 30,4%. Además, se identificó un 4,9% de casos de violencia familiar y un 8,4% de ausencia de red de apoyo. Dentro de los factores estresantes en este grupo se observó el temor a ser separadas del bebé el día del parto, no contar con una persona de apoyo durante el parto, y miedo al contagio hacia el feto o recién nacido. Este estudio concluye en que los síntomas de depresión fueron habituales en mujeres embarazadas en tiempo de la pandemia del COVID-19, así mismo mencionan la importancia de reconocer los factores de estrés y síntomas de depresión en los controles perinatales.

Abenova et al.<sup>10</sup> evaluaron por medio de un estudio trasversal realizado en Kazajstan, la prevalencia de la depresión posparto en los 12 meses posteriores al nacimiento, así como los factores asociados a la misma. El estudio incluyó a 251 mujeres, se utilizó la Escala de Depresión Postnatal de Edimburgo para evaluar la depresión postparto. La prevalencia de depresión postparto dentro de un año después del parto se estimó en 59,4%, y mostraron una asociación positiva los factores como el tipo de alojamiento, la satisfacción con las condiciones de vida, la relación con la suegra, el interés del servicio social sobre el estado psicológico de una mujer después del parto y la situación laboral del esposo. El estudio concluye y recomienda que por la alta tasa de prevalencia de depresión postparto y los factores de riesgo relacionados existe la necesidad de fortalecer y mejorar el programa de atención posparto ese país.

Alam et al.<sup>11</sup> realizaron un estudio transversal en una ciudad de Bangladesh, con el objetivo de identificar la prevalencia de síntomas de depresión postparto y los probables factores determinantes entre las mujeres que atendieron su parto en los centros de salud de la ciudad, dicho estudio incluyó a 291 mujeres dentro del primer año postparto. La prevalencia de sintomatología de depresión postparto fue del 29,9 %. Dentro de los factores asociados se observó lo siguiente: edad mayor de 30 años, primíparas, pérdida laboral o incapacidad laboral debido al embarazo, antecedentes de enfermedad hipertensiva, complicaciones neonatales, y poco o ningún apoyo del esposo. Sin embargo, un ingreso económico superior a 475 dólares y menos horas de sedentarismo se hallaron como factores protectores. Este estudio concluye en que la prevalencia es relativamente alta en sintomatología de depresión postparto.

Yoneda et al.<sup>12</sup> realizaron un estudio descriptivo y transversal con el objetivo de evaluar la prevalencia de depresión postparto y examinar los factores asociados entre mujeres refugiadas de Palestina, por medio de la aplicación de la Escala de Depresión Postparto de Edimburgo, entre otras escalas para evaluar el apoyo social, características sociodemográficas, obstétricas, pediátricas y psicológicas. Los participantes con puntajes superiores a 12 en la EPDS fueron clasificados con síntomas depresivos. En el estudio participaron 251 mujeres de las cuales 123 (49%) presentaron síntomas depresivos, también se observó la asociación con nivel bajo percibido de apoyo social y eventos vitales estresantes. El estudio concluye en que la prevalencia de la depresión posparto entre las mujeres refugiadas palestinas fue más alta que la informada en otro estudio de mujeres no refugiadas (22%).

Suárez et al.<sup>13</sup> realizaron un estudio transversal con la finalidad de determinar la prevalencia de depresión, estrés y ansiedad percibida en mujeres mexicanas posparto. Este estudio incluyó a 293 mujeres posparto de 4 a 12 semanas mayores de 18 años. La

prevalencia de síntomas de depresión posparto fue de un 39,2 %, ansiedad hasta un 46,1% y de estrés moderado y alto en el 58 % y 10,9% respectivamente. Este estudio concluye que la prevalencia de síntomas depresivos, ansiedad generalizada y estrés percibido fue más alta durante el brote de COVID-19 que antes del aislamiento, por lo tanto, resalta la importancia de monitorear la salud mental perinatal durante las pandemias y la necesidad de diseñar intervenciones psicológicas efectivas para estas pacientes.

Shorey et al.<sup>14</sup> evaluaron por medio de una revisión sistemática y metaanálisis la incidencia y prevalencia de depresión posparto entre mujeres sanas sin antecedentes de depresión, para lo cual hicieron búsquedas en las bases de datos de ClinicalTrials.gov, CINAHL, EMBASE, PsycINFO y PubMed. Se incluyeron un total de 58 artículos de revisión, de los cuales obtuvieron como resultado que la prevalencia general de depresión fue del 17% y la incidencia de depresión posparto fue del 12%. Observaron además diferencia estadística entre la prevalencia de Oriente Medio con una tasa del 26%, frente a Europa con una prevalencia menor, correspondiente al 8 %.

Ly Do et al.<sup>15</sup> realizaron un estudio cuantitativo transversal en 2018 con el objetivo de conocer la prevalencia de la depresión posparto y los factores de riesgo que contribuyen con este problema. Se consideró una participación total de 116 mujeres clasificadas en dos grupos. Una categoría incluía a nuevas madres que recibieron puntuaciones de 12 o más en la Escala de depresión posparto de Edimburgo (EPDS). La otra categoría incluyó madres que recibieron puntajes menores a 12. Para  $EPDS \geq 12$ , la prevalencia de PPD fue del 27,6% entre las nuevas madres durante el primer año después del parto. Además, observaron que el nivel educacional, enfermedades durante la gestación, ser primerizas, no sentirse satisfecha con la familia y socialización limitada con otros, fueron predictores de depresión postparto.

Chen et al.<sup>16</sup> por medio de una revisión sistémica estudiaron la prevalencia y los factores de riesgo de la depresión posparto en madres inmigrantes chinas, utilizaron las bases de datos de: Scopus, MEDLINE, Web of Science, Embase, , PsycINFO y PubMed. De 67 referencias, 3 estudios se utilizaron por cumplir con los criterios de inclusión, abarcando una población total de 964 mujeres. Los resultados de la investigación mostraron que la depresión posparto fue del 25% al 30% dentro de un año después del parto utilizando la versión china de la escala de Edimburgo. Uno de los estudios realizado en Canadá encontró la prevalencia de depresión posparto fue del 24,4% al mes posparto y del 17,9% dentro de un año usando la versión en inglés de la escala de Edimburgo. Este estudio concluye en que la prevalencia en mujeres inmigrantes chinas es más alta que la prevalencia mundial y que los factores asociados son la falta de apoyo social, inestabilidad socioeconómica y aculturación.

La investigación de Bazán<sup>17</sup> realizada en un hospital nacional del Perú en el 2018, de tipo observacional y descriptivo consideró una población total de 1830 gestantes, cuyo objetivo fue determinar la prevalencia de depresión posparto en estas pacientes. Los resultados de su investigación mostraron que las pacientes que presentaron este cuadro clínico fueron un total de 150 (8.2%). Otras características relacionadas a la depresión posparto en este grupo de pacientes fueron tener una la edad promedio de 23 años, estado civil de soltera y grado de instrucción en nivel secundario.

Masías y Arias<sup>18</sup> evaluaron la prevalencia de depresión posparto en una región de Perú, mediante un estudio descriptivo, aplicando la Escala de Depresión Postparto de Edimburgo a púerperas que acudieron a sus controles después del parto, con un total de 113 pacientes entrevistadas, los resultados obtenidos de esta evaluación indicaron que un 45% del total de participantes tenían síntomas de depresión posparto,

adicionalmente observaron que el nivel educacional presenta una relación inversa con dicha variable.

No se encontraron estudios locales realizados en la región de Cajamarca acerca del tema tratado.

## **2.2. Bases teóricas**

### **Depresión postparto**

#### **Definición**

Es un trastorno del estado de ánimo que aparece en los primeros 3 meses después del parto hasta los 12 meses, y requiere intervención. Los síntomas podrían estar presentes antes del parto, pero empeoran al terminar el embarazo.<sup>19</sup> Es un trastorno indistinguible de la depresión en otras etapas de la vida.<sup>20</sup> El Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales<sup>21</sup>, en su 5ª edición, considera a la depresión perinatal como un trastorno depresivo mayor e incluye los siguientes síntomas:

- Sentirse triste o tener un estado de ánimo deprimido.
- Pérdida de interés o placer en actividades que antes disfrutaba.
- Cambios en el apetito.
- Problemas para dormir o dormir demasiado.
- Pérdida de energía o aumento de la fatiga.
- Aumento de la actividad física sin propósito, o movimientos o habla lentos.
- Sentirse inútil o culpable.
- Dificultad para pensar, concentrarse o tomar decisiones.
- Pensamientos de muerte o suicidio.
- Llorar sin razón.

- Falta de interés en el bebé, no sentirse unido a él o sentirse ansioso por el bebé o por estar cerca de él.
- Sentimientos de ser un mal padre.
- Miedo a dañar al bebé o a uno mismo.

Cinco síntomas Deben estar presentes diariamente durante un período de al menos dos semanas y deben representar un cambio del funcionamiento anterior.

Si bien la depresión es el trastorno del estado del ánimo más frecuente en el postparto, existen otros trastornos comórbidos que pueden asociarse con la depresión. La ansiedad tras el parto puede estar presente en hasta el 75% de las pacientes con depresión. Otros trastornos comunes son los ataques de pánico o hipocondría en los primeros días tras el parto. También es probable que aparezcan síntomas de un trastorno obsesivo-compulsivo posparto, llegando a presentarse hasta en un 75% de las pacientes con antecedentes de este trastorno.<sup>20</sup>

### **Epidemiología**

La mayor frecuencia de episodios de depresión ocurre en las primeras 6 semanas posteriores al parto, y está presente en un 6,5% al 20% de las mujeres. La etapa de vida donde se presenta más comúnmente es en la adolescencia. Otros grupos que tienen elevada prevalencia son las mujeres que tienen partos prematuros y aquellas quienes viven en áreas urbanas<sup>22</sup>.

Para Steward y Vigod<sup>23</sup> el porcentaje de prevalencia de la depresión postparto es muy variable, de un 6.9% a 12.9% en países desarrollados, hasta más del 20% en países de bajos ingresos. Se ha mostrado que un 30% de pacientes con depresión postparto ya tenía depresión en el embarazo y un 27% la adquirió después del parto,

por lo tanto, hay quienes consideran que podría ser mejor llamarla depresión periparto.<sup>24</sup>

Otros autores estiman la prevalencia de depresión postparto en un rango próximo a 10 al 15%, pero podría llegar a ser tan elevado como un 30% dependiendo el criterio usado para el diagnóstico.<sup>3</sup>

Payne y Maguire<sup>25</sup> consideran que la prevalencia varía ampliamente entre culturas y en función de los niveles de ingreso de los países. Por lo tanto, proponen que los valores estimados entre el 10% al 20% podría ser una estimación inferior al problema global, debido a diferencias en las tasas o medidas de detección, los entornos socioeconómicos, las normas socioculturales, estructura de apoyo y percepciones de salud mental a nivel mundial. Por lo tanto, proponen que la depresión postparto es infradiagnosticada o nunca diagnosticada, y se estima que más del 50 % de las mujeres con depresión postnatal no son diagnosticadas.

### **Fisiopatología**

Si bien se desconoce el mecanismo exacto fisiopatológico de la depresión posparto, se sugiere que los factores estresantes, hormonales, genéticos y psicosociales tienen un rol importante para el desarrollo de depresión postparto.

La depresión postparto puede tener un origen en las hormonas reproductivas, y por lo tanto en base a la fisiopatología neuroendocrina. Los cambios en estas hormonas pueden estimular su propia desregulación en mujeres sensibles. Es por ello que la depresión postparto podrá ser producida por cambios en distintos sistemas biológicos y hormonales, como en el sistema inmune, el eje hipotálamo-pituitario-suprarrenal (HPS) y hormonas lactogénicas.

El eje HPS está encargado de la producción de cortisol en traumatismos y situaciones de estrés, si esta función del eje HPS es anormal, la respuesta será menor en la producción de catecolaminas, lo que conducirá una respuesta deficiente al estrés. Las hormonas liberadoras del eje HPS aumentan durante el embarazo y permanecen elevadas hasta 12 semanas después del parto, si hay una desregulación no existirá una buena respuesta postparto y la probabilidad de aparición de la depresión será mayor.

Las mujeres en el período periparto también están sujetas a variaciones rápidas en hormonas como el estradiol y la progesterona. Después del parto, estos cambios pueden representar un potencial factor estresante para mujeres con susceptibilidad, y al mismo tiempo podrían desencadenar la manifestación de síntomas depresivos.

La oxitocina y la prolactina tienen también un rol importante en la fisiopatología de la depresión postparto. Estas regulan el reflejo de eyección de leche, así como su síntesis. Es frecuente observar que la falta de lactancia y la depresión postparto ocurren simultáneamente. Típicamente en la depresión postparto y cese de lactancia temprana no deseada, se observan niveles bajos de oxitocina. Incluso se ha observado que en el último trimestre, la oxitocina a niveles más bajos, se asocia con un incremento de síntomas de depresión, incluso tras el parto.<sup>22</sup>

Hay evidencia disponible acerca de una contribución genética en estudios familiares y de gemelos para el desarrollo de la depresión postparto. Los estudios de genes posibles de depresión postparto, han identificado varios polimorfismos que son comunes tanto en la depresión postparto, como en la depresión no perinatal, como por ejemplo el polimorfismo Val66Met del factor neurotrófico derivado del cerebro. Estudios genéticos que abarcan todo el genoma y que han incluido a más

de 1200 mujeres han encontrado variaciones en regiones específicas de los cromosomas 1q21.3–q32.1 y 9p24.3–p22.3, así como en la hemicentina-1, las cuales contienen múltiples sitios de unión a estrógenos. Todas estas variantes parecen incrementar la susceptibilidad a desarrollar depresión postparto. Los cambios de metilación del ADN epigenético inducidos por estrógenos también se han visto implicados.<sup>23</sup>

El sistema inmune está regulado por el estradiol, el cual fluctúa durante el período periparto. Las citocinas antiinflamatorias encargadas de la inmunosupresión se elevan durante la gestación para proteger al feto. Sin embargo, tras el parto, el sistema inmunitario se vuelve proinflamatorio de forma rápida y permanece así durante algunas semanas. Las mujeres con depresión postparto, en comparación con aquellas que no están deprimidas, muestran tener una expresión génica diferente que está funcionalmente asociada con la inmunidad. Debido a que los estudios de marcadores inmunitarios prenatales de depresión postparto han informado resultados contradictorios, el rol de la función inmunitaria en la depresión postparto sigue sin estar claro.<sup>23</sup>

### **Factores de riesgo**

Se ha establecido que diversos factores ambientales, como experiencias adversas previas, historial de depresión, trastornos de ansiedad, el rol sociocultural, atributos psicológicos y estrategias de afrontamiento, desempeñan un papel significativo en el riesgo de desarrollar trastorno depresivo mayor en la población general. Se han identificado múltiples factores de riesgo ambientales para la depresión posparto, en ellos se incluye a la depresión prenatal, ansiedad prenatal, deterioro de las

interacciones madre-bebé, escaso apoyo social, dificultades económicas, estrés marital y acontecimientos adversos de la vida.

Muchas investigaciones que examinan el estrés, se habían centrado en los factores considerados estresantes en el período periparto, los cuales predicen la depresión posparto y se correlacionan positivamente con las puntuaciones de gravedad de la depresión. De acuerdo a esto, las mujeres con depresión posparto tenían puntajes del índice de estrés diario tres veces más altos en comparación con los controles sanos.

Además, se ha observado una correlación significativa entre los eventos estresantes de la vida y la intensidad de los síntomas depresivos. Los eventos adversos de la vida como factor de riesgo para la depresión posparto han tenido mucho interés. Se ha encontrado evidencia que sugiere que las mujeres que han experimentado múltiples eventos adversos a lo largo de su vida, como abuso sexual durante la infancia o en la edad adulta, tienen un mayor riesgo de sufrir depresión, y hasta tres veces más probabilidades de desarrollar depresión posparto en comparación con aquellas que no han experimentado eventos adversos en su vida.<sup>25</sup>

El estrés crónico durante el embarazo también induce comportamientos semejantes a la depresión y la ansiedad en las madres postparto, así como déficits en el cuidado materno. De acuerdo con la evidencia de que los eventos vitales adversos anteriores son un factor de riesgo para la depresión posparto, también se ha demostrado que el estrés de la vida temprana aumenta los comportamientos similares a la depresión durante el período posparto.<sup>25</sup>

Finalmente, en apoyo a lo descrito, Payne <sup>23</sup> considera que el factor de riesgo más importante para la depresión postparto es el antecedente de trastornos del estado de

ánimo o de ansiedad, sobre todo si fue sintomático en el embarazo y que otros factores psicosociales asociados son el deficiente apoyo social, problemas crónicos de la salud del niño, temperamento difícil del niño, dificultades maritales, violencia de la pareja y el historial de abuso. Incluso existe mayor probabilidad de desarrollar depresión postparto si la madre o hermana también tuvo el trastorno.

### **Diagnóstico**

Tanto la depresión mayor no perinatal y la depresión postparto tienen los mismos criterios diagnósticos, como estado de ánimo deprimido, pérdida de interés en actividades previamente placenteras (anhedonia), trastornos del sueño y del apetito, dificultades de concentración, cambios en la actividad física y el movimiento, fatiga persistente, sentimientos de culpa o inutilidad, y pensamientos suicidas. Estos síntomas deben persistir durante un período mínimo de dos semanas y representar un cambio significativo en el funcionamiento habitual de la persona, que no sea atribuible a una sustancia u otra condición médica.<sup>23</sup>

Los síntomas de depresión postparto también incluyen: labilidad del estado de ánimo, ansiedad, irritabilidad, sentirse abrumado y preocupado o preocupaciones obsesivas, más frecuentemente sobre la salud del bebé, la alimentación y la seguridad para bañarse.

Los pensamientos suicidas son extremadamente comunes y afectan a alrededor del 20 % de las mujeres con síntomas de depresión postparto. Algunas mujeres con depresión postparto también tienen pensamientos de hacerle daño a su hijo. Sin embargo, estos pensamientos de intención o deseo de dañar al niño deben distinguirse de los síntomas obsesivos, en los que la mujer tiene un pensamiento o

una imagen de hacerse daño a sí misma o a su hijo, pero está muy angustiada por este pensamiento o imagen y no tiene intención de actuar en consecuencia.

Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales de la Asociación Estadounidense de Psiquiatría<sup>21</sup>, quinta edición, define la depresión posparto como un episodio depresivo mayor “con inicio periparto” y considera: “si el inicio de los síntomas del estado de ánimo ocurre durante el embarazo o en las 4 semanas posteriores al parto”. Aunque, en la práctica y la investigación clínicas, la depresión posparto se define de manera variable como aquella que ocurre en el período comprendido entre las 4 semanas y los 12 meses después del parto.<sup>23</sup>

Para Pearlstein et al.<sup>26</sup> el mejor momento para detectar depresión posparto es entre la segunda semana y el sexto mes después del parto. Varios instrumentos se pueden utilizar para detectar la depresión posparto, uno de ellos, la Escala de Depresión Postnatal de Edimburgo, es un cuestionario de 10 ítems, validado y ampliamente utilizado. Presentar resultados mayores o iguales a 12 puntos es indicativa de probable depresión posparto.

Esta prueba de detección también establece el fundamento para realizar evaluaciones clínicas adicionales. Los objetivos de estas evaluaciones clínicas son confirmar el diagnóstico, evaluar los riesgos de suicidio y homicidio, particularmente el infanticidio en este caso, y descartar otras enfermedades psiquiátricas.<sup>22</sup>

Steward y Vigod<sup>22</sup> mencionan que el Instituto Nacional para la Excelencia en Salud y Atención del Reino Unido sugiere una evaluación de dos etapas con el uso de una herramienta sensible de detección de dos preguntas para la depresión. Un resultado positivo o una inquietud clínica deben conducir a una evaluación más definitiva y

posterior (Anexo N° 5), y consideran que otros tipos de herramientas formales como el Cuestionario de Salud del Paciente-9 o la Escala de Depresión Postnatal de Edimburgo de 10 ítems también son útiles. En caso de un resultado positivo en cualquiera de los dos debería conducir a una evaluación clínica integral para determinar el diagnóstico.

Incluso el Colegio Americano de Obstetras y Ginecólogos<sup>1</sup>, Academia Americana de Pediatría<sup>27</sup> y el Grupo de trabajo de servicios preventivos de EE. UU.<sup>6</sup> recomiendan el cribado posparto de forma rutinaria mediante la EPDS. Sin embargo, una evaluación clínica continúa siendo la prueba de oro para el diagnóstico.

### **Diagnóstico diferencial**

En el diagnóstico diferencial se consideran los síntomas depresivos que puedan estar relacionados con enfermedades no tratadas o que sean efectos directos del consumo de alcohol u otras sustancias. Además, se evalúan otras condiciones médicas que pueden causar síntomas de depresión y ansiedad, y que son frecuentes en las mujeres posparto, como la anemia y la disfunción tiroidea.<sup>23</sup>

**Melancolía posparto:** Ocurre más comúnmente entre los 2 a 5 días tras el parto y termina entre los 10 a 14 días. Las mujeres presentan ataques de llanto, tristeza, ansiedad, irritabilidad, trastornos del sueño, alteraciones del apetito, confusión y fatiga. No afecta la capacidad funcional diaria, ni la de cuidados al bebé.<sup>22</sup>

**Hipertiroidismo o Hipotiroidismo:** Ambas patologías pueden provocar alteraciones del estado de ánimo. Se evalúan analizando los niveles de TSH y T4 libre.<sup>22</sup>

**Psicosis posparto:** Es una emergencia psiquiátrica con riesgo potencial de suicidio e infanticidio. Las mujeres con este trastorno pueden presentar alucinaciones, falta de sueño por varias noches, agitación, comportamiento inusual y delirios. Se presenta de forma aguda con psicosis maníaca o depresiva dentro de los primeros días o semanas después del parto.<sup>22</sup>

## **Tratamiento**

La educación sobre la depresión posparto se considera una herramienta importante para motivar el comportamiento de búsqueda de ayuda y fomentar el reconocimiento temprano de los síntomas. Se sugieren varios tratamientos en múltiples ensayos, incluyendo la psicoterapia y farmacoterapia (Anexo N° 6).

### **Psicoterapia**

La terapia cognitiva conductual (TCC) ha demostrado ser la más efectiva tanto a corto como a largo plazo en comparación con los tratamientos convencionales para reducir los síntomas de la depresión posparto. Las estrategias utilizadas en la TCC abordan los patrones disfuncionales de pensamiento y fomentan un comportamiento comprometido. Además, enfoques derivados de la TCC basados en la atención plena o la aceptación se centran en cambiar la forma en que se relaciona o responde a los pensamientos y emociones, en lugar de tratar de modificar la experiencia misma.

La psicoterapia interpersonal (PTI) ha demostrado ser altamente efectiva en el tratamiento de la depresión posparto, ya sea en sesiones individuales o en grupos. La PTI, que se enfoca en un período limitado, sitúa la depresión en el contexto de las relaciones de la mujer, con el propósito de disminuir los

síntomas, mejorar el funcionamiento interpersonal y fortalecer el apoyo social.

Los enfoques de consejería de apoyo han encontrado reducciones en la depresión postparto. Algunas pueden basarse en un enfoque centrado en el paciente por medio de visitas de escucha, para ser administrada por enfermeras que visitan el hogar. Este tipo de intervención ha demostrado eficacia en el tratamiento de la depresión en el Reino Unido, Suecia y Estados Unidos. Es posible que las intervenciones auditivas se vuelvan más accesibles mediante la telemedicina u otros métodos de comunicación remota.<sup>28</sup>

### **Farmacoterapia**

Los medicamentos de primera línea para el tratamiento de la depresión postparto son los inhibidores de la recaptación selectiva de serotonina (ISRS), los cuales tienen un riesgo reducido de toxicidad frente a una sobredosis y se relacionan menos frecuentemente con efectos secundarios graves. Los ISRS más estudiados para mujeres con depresión posparto son la sertralina y la fluoxetina.

Otros fármacos apropiados para la depresión postparto son paroxetina, fluvoxamina, y escitalopram. La venlafaxina, un inhibidor de la recaptación de serotonina y norepinefrina, es compatible para tratamiento de la depresión postparto. Sin embargo, los ISRS cuentan con una extensa base de datos en relación con la lactancia y parecen carecer en gran medida de efectos adversos.

Los antidepresivos tricíclicos no son un tratamiento de primera línea y se consideran de alto riesgo por posible sobredosis. En esta clase, la nortriptilina

ha demostrado indicaciones preliminares para el tratamiento de la depresión postparto. Otros medicamentos que se han usado para tratar la depresión postparto incluyen bupropión y nefazodona. Sin embargo, no se tiene datos claros sobre su eficacia.

La educación del paciente sobre el uso de estos fármacos no debe dejarse de lado, y se debe enfatizar en que requieren un uso por varias semanas para obtener un beneficio importante, por ello se debe realizar seguimiento para determinar la efectividad del régimen de tratamiento en la mejoría síntomas.

Un nuevo tratamiento que ofrece una solución a esta limitación de otros tratamientos es la alopregnanolona (Brexanolona), que modula los receptores GABA tipo A. Ensayos recientes indicaron reducciones en los síntomas depresivos dentro de las primeras 60 horas. La mayor limitación de este medicamento es el tiempo y monitoreo para la administración (60 horas de infusión intravenosa). Sin embargo, este medicamento es el primer medicamento aprobado por la Administración de Alimentos y Medicamentos, en 2019, específicamente para el tratamiento de la depresión postparto.<sup>28</sup>

### **2.3. Marco conceptual**

**Depresión postparto:** se define estrictamente en la nomenclatura psiquiátrica como un trastorno depresivo mayor con una especificación de inicio posparto dentro de un mes después del parto. Sin embargo, la depresión en las mujeres durante el período posparto puede comenzar durante el embarazo o puede comenzar más allá del primer mes posparto. Para cumplir con los criterios de trastorno depresivo mayor, el estado de ánimo depresivo o la pérdida de interés o placer en las actividades debe estar presente durante al menos 2 semanas. Además, pueden presentarse síntomas de trastornos del sueño,

trastornos del apetito, pérdida de energía, sentimientos de inutilidad o culpa, disminución de la concentración y pensamientos suicidas.<sup>26</sup>

**Depresión perinatal:** Se define como un episodio de trastorno depresivo mayor que ocurre durante el embarazo o dentro de los primeros 6 meses postparto, y es una de las complicaciones más comunes de la etapa prenatal y postparto, con una prevalencia del 10 a 15% en mujeres en edad fértil.<sup>30</sup>

**Melancolía, tristeza o blues postparto:** Trastorno del estado de ánimo leve y transitorio que a menudo ocurre de tres a cinco días después del parto, y que es muy común, alcanzando una incidencia entre 40% al 80% de mujeres tras el parto.<sup>29</sup> Los síntomas comunes incluyen cambios de humor, euforia leve, irritabilidad, llanto, fatiga y confusión. La mayoría de las veces no requiere tratamiento, sin embargo, su reconocimiento es importante por ser un factor de riesgo para el desarrollo de depresión postparto subsiguiente.<sup>26</sup>

**Trastorno depresivo mayor:** estado de ánimo constantemente bajo o deprimido, anhedonia o disminución del interés en actividades placenteras, sentimientos de culpa o inutilidad, falta de energía, falta de concentración, cambios en el apetito, retraso psicomotor o agitación, trastornos del sueño o pensamientos suicidas. Según el Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales<sup>21</sup>, una persona debe tener cinco de los síntomas mencionados anteriormente, de los cuales uno debe ser un estado de ánimo depresivo o anhedonia que cause un deterioro social o laboral, para ser diagnosticado con trastorno depresivo mayor.<sup>31</sup>

**Escala de depresión postparto de Edimburgo:** Es una herramienta de evaluación que se creó en los centros de salud en Livingston y Edinburgh, para apoyar a los profesionales de la atención primaria en la detección de las mujeres con depresión de

postparto; esta evaluación consta de diez cortas declaraciones en las que la mujer evaluada escoge una de las cuatro posibles respuestas, siendo la que más se relaciona a la manera en la que se sintió durante la semana anterior. Se debe realizar una evaluación clínica prudente para confirmar el diagnóstico. Si existen dudas, podría repetirse dos semanas después.<sup>32</sup>

## **CAPÍTULO III: HIPÓTESIS Y OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES**

### **3.1. Hipótesis de investigación e hipótesis nula**

El presente estudio es de tipo descriptivo, sin embargo, por fines académicos se ha tomado en cuenta las siguientes hipótesis de investigación (Hi) e hipótesis nula (H0):

**Hi:** La prevalencia de depresión postparto en mujeres atendidas en el servicio de obstetricia del Centro de Salud Baños del Inca, Cajamarca, en mayo-agosto de 2023 es mayor al 20%.

**H0:** La prevalencia de depresión postparto en mujeres atendidas en el servicio de obstetricia del Centro de Salud Baños del Inca, Cajamarca, en mayo-agosto de 2023 es menor o igual al 20%.

### 3.2. Operacionalización de variables

A continuación, se muestran el cuadro de operacionalización de las variables del estudio:

VARIABLE	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DEFINICIÓN OPERACIONAL	INDICADORES	CATEGORIAS O VALORES	TÉCNICAS DE MEDICIÓN
Depresión postparto	Trastorno del estado de ánimo que aparece en los primeros 3 meses después del parto hasta los 12 meses, y requiere intervención.	Puntaje mayor a 13 en la EPDS	EPDS	Sin depresión (<10) / Síntomas de depresión (10-13) Depresión postparto (>13)	Entrevista telefónica
Edad	Tiempo que ha vivido una persona.	Número de años cumplidos que la califican en un grupo etario.	Ficha de recolección de datos	Adolescente (12 a 18 años) / Joven (De 18 a 29 años) / Adulta (30 años a más)	Entrevista telefónica
Estado civil	Conjunto de condiciones de una persona física, que determinan su situación jurídica y le otorgan un conjunto de derechos y obligaciones.	Tipo de relación civil con el padre de su último hijo	Ficha de recolección de datos	Soltera/Conviviente/ Casada	Entrevista telefónica
Grado de instrucción	Grado más elevado de estudios realizados o en curso, sin tener en cuenta si se han terminado o están provisional o definitivamente incompletos.	Nivel educacional completado o en curso	Ficha de recolección de datos	Analfabeta/Primaria/ Secundaria/Superior	Entrevista telefónica
Ocupación	Trabajo, empleo, oficio.	Actividad principal a la que se dedica	Ficha de recolección de datos	Estudiante/Independiente/ Dependiente/ Desempleada	Entrevista telefónica
Ubicación de vivienda	Las zonas urbanas se caracterizan por estar industrializadas, mientras que en las zonas rurales predomina la naturaleza.	Característica del ambiente donde se localiza su vivienda	Ficha de recolección de datos	Urbana/Rural	Entrevista telefónica
Violencia familiar	Uso intencionado y repetido de la fuerza física o psicológica para controlar, manipular o atentar en contra de algún integrante de la familia.	De tipo verbal o física por parte de familiares y/o cónyuge	Ficha de recolección de datos	Sí/No	Entrevista telefónica
Tipo de parto	Parto eutócico: comienza y termina de forma natural y espontánea, sin intervención médica. Parto distócico: cuando se necesitan maniobras o intervenciones quirúrgicas para la finalización del parto.	Eutócico: espontáneo, sin maniobras ni cirugía.	Ficha de recolección de datos	Eutócico/Distócico	Entrevista telefónica
Complicaciones durante el parto	Condiciones desfavorables durante el parto, incluyendo que el parto no progrese, desgarros perineales, anomalías del cordón umbilical, FC anormal del bebé, RPM, asfixia perinatal, distocia de hombros, hemorragia.	Mala evolución del trabajo de parto, complicaciones de bebé, hipertensivas y hemorrágicas de la madre	Ficha de recolección de datos	Sí/No	Entrevista telefónica

Embarazo planificado	Embarazo en el cual ha existido un deseo consciente, ya sea de la mujer o de la pareja en conjunto, de tener un hijo.	Pudiendo no ser planificado, generó esperanza o sentimientos de alegría en la madre y familiares.	Ficha de recolección de datos	Sí/No	Entrevista telefónica
Enfermedades en el RN	Alteración orgánica o funcional en el recién nacido.	Recién nacido con enfermedad crónica o que presentó cuadro agudo que requirió atención especializada.	Ficha de recolección de datos	Sí/No	Entrevista telefónica
Ansiedad	Trastorno de ansiedad generalizada que cumple los criterios del DSM-V	Diagnosticada por personal de salud previamente.	Ficha de recolección de datos	Sí/No	Entrevista telefónica
Depresión	Trastorno del estado de ánimo que cumple los criterios del DSM-V	Diagnosticada por personal de salud previamente.	Ficha de recolección de datos	Sí/No	Entrevista telefónica

## CAPITULO IV: METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN

### 5.1. Materiales y métodos

#### 5.1.1. Tipo y nivel de la investigación

La investigación fue tipo descriptivo de corte transversal.

#### 5.1.2. Técnicas de muestreo y diseño de la investigación

La población del estudio estuvo conformada por todas las mujeres que atendieron su parto en el servicio de obstetricia en el centro de salud Baños del Inca entre los meses de mayo-agosto de 2023, siendo una población de 185 mujeres.

La muestra del estudio se determinó por el resultado obtenido de la fórmula aplicada para poblaciones finitas en la población específica previamente descrita.

Para el cálculo de la muestra el investigador propone un nivel de confianza del 95%, y un margen de error del 7%.

$$n = \frac{N \times Z^2 \times p \times q}{e^2(N - 1) + Z^2 \times p \times q}$$

Considerando:

n = Muestra

N = Población

Z = Nivel de confianza (95%)

p = Probabilidad de éxito (50%)

q = Probabilidad de fracaso (50%)

e = Margen de error (7%)

$$n = \frac{185 \times 1.96^2 \times 0.5 \times 0.5}{0.07^2(185 - 1) + 1.96^2 \times 0.5 \times 0.5}$$

$$n = 96$$

El tamaño de la muestra es de 96 mujeres.

El muestreo que se realizó es de tipo aleatorio simple, para lo que se utilizó el programa de software Microsoft Excel.

Las pacientes seleccionadas debieron cumplir con los criterios de inclusión y exclusión detallados a continuación para formar parte de la investigación.

**Criterios de inclusión:**

- Mujer en período postparto (12 meses).
- Mujer que atendió su parto en el Centro de Salud de Baños del Inca.
- Mujer con último hijo vivo.
- Mujer que acepta el formar parte del estudio.

**Criterios de exclusión:**

- Mujer con fecha de último parto hace más de 12 meses.
- Mujer en etapa de duelo.
- Mujer con diagnóstico de enfermedad psiquiátrica no tratada.
- Mujer en tratamiento de depresión.
- Mujer que no acepta formar parte del estudio.
- Mujer que no cuenta con medio de contacto disponible.

**5.1.3. Fuentes e instrumento de recolección de datos**

La información de las pacientes se obtuvo mediante una entrevista por vía telefónica, mediante la que se informó el objetivo del estudio, y se solicitó el consentimiento informado, además se advirtió que sus datos permanecerán en confidencialidad con el entrevistador. Durante la entrevista se solicitó los datos anexos en la ficha de recolección de datos del Anexo N°2 (información sociodemográfica, gineco-obstétrica y

psiquiátrica) y se aplicó el test para determinar la puntuación en la Escala de depresión postparto de Edimburgo (Anexo N°3), la cual fue diseñada y validada por Cox, J. et al. en los centros de salud de Livingston y Edimburgo.<sup>31</sup> Esta escala también fue validada en Lima, con punto de corte en 13,5 puntos para el diagnóstico de depresión con una sensibilidad de 84,21% y una especificidad de 79,47% <sup>32</sup> . Para el presente estudio se consideró una puntuación menor a 10 como “sin depresión”; los puntos de corte de 10 a 13 como “síntomas de depresión”; y los mayores a 13 como “depresión postparto”.

#### **5.1.4. Técnicas de procesamiento de la información y análisis de datos**

Las participantes incluidas en el estudio fueron evaluadas con la Escala de Depresión Postparto de Edimburgo de 10 ítems. El puntaje de este instrumento tiene valores del 0 al 3, sin embargo, las preguntas 3,4,6,7,9,10 se puntuaron de manera inversa (de 3 a 0). Las mujeres que obtuvieron un puntaje mayor o igual a 10, presentan síntomas depresivos y aquellas con puntuaciones mayores a 13 fueron consideradas como casos de depresión postparto.

La ficha de recolección de datos tuvo por finalidad obtener información personal sociodemográfica, gineco-obstétrica y de antecedentes psiquiátricos, los cuales fueron plasmados en un documento de Excel junto con el puntaje de la EDPS obtenido.

Los resultados generales fueron ordenados en el programa SPSS v27 para el análisis de datos y obtención de resultados, se consideraron frecuencias absolutas y relativas para determinar la prevalencia de depresión postparto en la población estudiada; al mismo tiempo se empleó la Prueba de Chi cuadrado y Prueba Exacta de Fisher para determinar la asociación de factores sociodemográficos, gineco-obstétricos y de antecedentes psiquiátricos a la presencia de depresión postparto.

## CAPÍTULO V: RESULTADOS

A continuación, se presentan los resultados obtenidos de 78 pacientes entrevistadas, quienes forman parte de la muestra calculada (96 pacientes) que cumplieron los criterios de inclusión, así como fueron separadas aquellas quienes desistieron de su participación o cumplían con algún criterio de exclusión.

*Tabla 1: Características sociodemográficas*

Característica	Frecuencia	Porcentaje
<i>Grupo etario</i>	<i>Menor de 18 años</i>	3 3.8%
	<i>Entre 18 y 29 años</i>	45 57.7%
	<i>De 30 años a más</i>	30 38.5%
<i>Estado civil</i>	<i>Soltera</i>	5 6.3%
	<i>Conviviente</i>	60 76.9%
	<i>Casada</i>	13 16.7%
<i>Grado de instrucción</i>	<i>Primaria</i>	28 35.9%
	<i>Secundaria</i>	42 53.8%
	<i>Superior</i>	8 10.3%
<i>Ocupación</i>	<i>Estudiante</i>	2 2.6%
	<i>Independiente</i>	3 3.8%
	<i>Dependiente</i>	4 5.1%
	<i>Desempleada</i>	69 88.5%
<i>Ubicación vivienda</i>	<i>Urbano</i>	17 21.8%
	<i>Rural</i>	61 78.2%
<i>Antecedente de violencia familiar</i>	<i>No</i>	78 100%

*Tabla 2: Antecedentes gineco-obstétricos y perinatales*

<b>Característica</b>		<b>Frecuencia</b>	<b>Porcentaje</b>
	0	1	1.3%
	1	35	44.9%
	2	21	26.9%
<i>Partos a término</i>	3	17	21.8%
	4	2	2.6%
	5	1	1.3%
	6	1	1.3%
<i>Partos pretérmino</i>	0	74	94.9%
	1	4	5.1%
<i>Abortos</i>	0	74	94.9%
	1	4	5.1%
	1	34	43.6%
	2	22	28.2%
<i>Número de hijos vivos</i>	3	17	21.8%
	4	3	3.8%
	5	1	1.3%
	6	1	1.3%
<i>Tipo de parto</i>	<i>Eutócico</i>	65	83.3%
	<i>Distócico</i>	13	16.7%
<i>Complicaciones durante el parto</i>	<i>Sí</i>	6	7.7%
	<i>No</i>	72	92.3%
<i>Embarazo planificado</i>	<i>Sí</i>	59	75.6%
	<i>No</i>	19	24.4%
<i>Enfermedades del RN</i>	<i>Sí</i>	10	12.8%
	<i>No</i>	68	87.2%

*Tabla 3: Antecedentes psiquiátricos*

<b>Característica</b>		<b>Frecuencia</b>	<b>Porcentaje</b>
<i>Antecedente de ansiedad</i>	<i>No</i>	78	100%
<i>Antecedente de depresión</i>	<i>Sí</i>	2	2.6%
	<i>No</i>	76	97.4%
<i>Antecedente de otra enfermedad psiquiátrica</i>	<i>No</i>	78	100%

Tabla 4: Prevalencia de síntomas de depresión y depresión postparto

Clasificación	Frecuencia	Porcentaje
Sin depresión (menos de 10 puntos EDPS)	60	76.9%
Síntomas de depresión (10 a 13 puntos EDPS)	10	12.8%
Depresión postparto (más de 13 puntos EDPS)	8	10.3%

Tabla 5: Asociación de variables sociodemográficas con el puntaje de EDPS

Variables sociodemográficas		Clasificación de acuerdo con el puntaje de EDPS						Total	Prueba de Chi-cuadrado (Prueba exacta de Fisher)
		Sin depresión (<10 puntos)		Síntomas depresión (10-13 puntos)		Depresión Postparto (>13 puntos)			
		f <sub>i</sub>	h <sub>i</sub>	f <sub>i</sub>	h <sub>i</sub>	f <sub>i</sub>	h <sub>i</sub>		
<b>Grupo etario</b>	Menor de 18 años	2	66.7%	1	33.3%	0	0%	3	0.753 (0.696)
	Entre 18 y 29 años	36	80%	5	11.1%	4	8.9%	45	
	De 30 años a más	22	73.3%	4	13.3%	4	13.3%	30	
<b>Estado civil</b>	Soltera	3	60%	2	40%	0	0%	5	0.199 (0.229)
	Conviviente	46	76.7%	6	10%	8	13.3%	60	
	Casada	11	84.6%	2	15.4%	0	0%	13	
<b>Grado de instrucción</b>	Primaria	19	67.9%	4	14.3%	5	17.9%	28	0.497 (0.551)
	Secundaria	34	81%	5	11.9%	3	7.1%	42	
	Superior	7	87.5%	1	12.5%	0	0%	8	
<b>Ocupación</b>	Estudiante	2	100%	0	0%	0	0%	2	0.804 (0.857)
	Independiente	3	100%	0	0%	0	0%	3	
	Dependiente	3	75%	0	0%	0	0%	4	
	Desempleada	52	75.4%	10	14.5%	7	10.1%	69	
<b>Ubicación vivienda</b>	Urbano	14	82.4%	2	11.8%	1	5.9%	17	0.776 (0.896)
	Rural	46	75.4%	8	13.1%	7	11.5%	61	
<b>Antecedente violencia familiar</b>	No	60	76.9%	10	12.8%	8	10.3%	78	-

Tabla 6: Asociación de variables Gineco-obstétricas con el puntaje de la EDPS

Variables Gineco-obstétricas		Clasificación de acuerdo con el puntaje de EDPS						Total	Prueba de Chi-cuadrado (Prueba exacta de Fisher)
		Sin depresión (<10 puntos)		Síntomas depresión (10-13 puntos)		Depresión Postparto (>13 puntos)			
		f <sub>i</sub>	h <sub>i</sub>	f <sub>i</sub>	h <sub>i</sub>	f <sub>i</sub>	h <sub>i</sub>		
<i>Partos a término</i>	0	1	100%	0	0.0%	0	0.0%	1	0.315 (0.326)
	1	30	85.7%	3	8.6%	2	5.7%	35	
	2	14	66.7%	4	19.0%	3	14.3%	21	
	3	13	76.5%	2	11.8%	2	11.8%	17	
	4	1	50.0%	0	0.0%	1	50.0%	2	
	5	0	0.0%	1	100%	0	0.0%	1	
<i>Partos pretérminos</i>	0	58	78.4%	8	10.8%	8	10.8%	74	0.068 (0.127)
	1	2	50.0%	2	50.0%	0	0.0%	4	
<i>Abortos</i>	0	59	79.7%	9	12.2%	6	8.1%	74	0.015 (0.021)
	1	1	25.0%	1	25.0%	2	50.0%	4	
<i>Número de hijos vivos</i>	1	29	85.3%	3	8.8%	2	5.9%	34	0.323 (0.361)
	2	15	68.2%	4	18.2%	3	13.6%	22	
	3	13	76.5%	2	11.8%	2	11.8%	17	
	4	2	66.7%	0	0.0%	1	33.3%	3	
	5	0	0.0%	1	100%	0	0.0%	1	
	6	1	100%	0	0.0%	0	0.0%	1	
<i>Tipo de parto</i>	<i>Eutócico</i>	50	76.9%	8	12.3%	7	10.8%	65	0.914 (0.876)
	<i>Distócico</i>	10	76.9%	2	15.4%	1	7.7%	13	
<i>Complicaciones durante el parto</i>	<i>Sí</i>	5	83.3%	1	16.7%	0	0.0%	6	0.678 (1.000)
	<i>No</i>	55	76.4%	9	12.5%	8	11.1%	72	
<i>Embarazo planificado</i>	<i>Sí</i>	47	79.7%	6	10.2%	6	10.2%	59	0.457 (0.432)
	<i>No</i>	13	68.4%	4	21.1%	2	10.5%	19	
<i>Enfermedades del RN</i>	<i>Sí</i>	5	50.0%	1	10.0%	4	40.0%	10	0.004 (0.015)
	<i>No</i>	55	80.9%	9	13.2%	4	5.9%	68	

Tabla 7: Asociación de antecedentes psiquiátricos con el puntaje de EDPS

Antecedentes de enfermedades psiquiátricas		Clasificación de acuerdo con el puntaje de EDPS						Total	Prueba de Chi-cuadrado (Prueba exacta de Fisher)
		Sin depresión (<10 puntos)		Síntomas depresión (10-13 puntos)		Depresión Postparto (>13 puntos)			
		f <sub>i</sub>	h <sub>i</sub>	f <sub>i</sub>	h <sub>i</sub>	f <sub>i</sub>	h <sub>i</sub>		
<i>Depresión</i>	<i>Sí</i>	1	50.00%	1	50.00%	0	0.00%	2	0.270 (0.411)
	<i>No</i>	59	77.60%	9	11.80%	8	10.50%	76	

## CAPÍTULO VI: DISCUSIÓN

La depresión postparto es un trastorno psiquiátrico que ha sido poco estudiado en nuestro medio, a pesar de ser un problema de salud mundial y una de las complicaciones más comunes e incapacitantes después del parto, la evidencia ha demostrado que la prevalencia de este trastorno es variable, siendo alta en países con condiciones sociales desfavorables; considerando que nuestra realidad no dista de ello, para tener un alcance general de la gravedad del problema, este estudio plantea determinar la prevalencia de depresión postparto, en un grupo de pacientes que terminaron su gestación en un Centro de Salud de atención primaria, e identificar aquellos factores sociodemográficos, gineco-obstétricos y de antecedentes psiquiátricos que puedan tener asociación con el problema.

Los resultados obtenidos permiten observar que la prevalencia de depresión postparto en las participantes alcanza un 10.3%, considerando para ello un puntaje de la EPDS mayor igual a 14 puntos, según la validación realizada por Vega Dienstmaier<sup>32</sup> en nuestro país, que considera como casos de depresión puntajes mayores a 13.5 en la escala de Edimburgo. Sin embargo, si consideramos la validación internacional con punto de corte en 10 puntos este nivel de prevalencia sería mayor, alcanzando un 23.1%.

Este resultado rechaza la hipótesis de la investigación y acepta la hipótesis nula, considerando que nuestra prevalencia es menor al 20% de las participantes; el valor encontrado es similar al obtenido por Bazán<sup>17</sup>, en su estudio realizado en un Hospital de Lima, donde encontró una prevalencia de 8.2%, sin embargo, el resultado difiere del estudio de Masías<sup>18</sup>, donde la presencia de síntomas de depresión alcanzó un 45% en una población de pacientes que realizaron sus controles en un Centro de Salud de atención primaria. La diferencia con este estudio puede radicar en un punto de corte menor, y una población con

características sociodemográficas distintas, tal como mayor proporción de madres solteras y atención de partos por cesárea.

Al igual que con otros estudios internacionales existe diferencia en cuanto a la prevalencia encontrada en nuestra realidad, puesto que Manoussi<sup>7</sup>, Gaviria<sup>9</sup> y Alam<sup>11</sup> encontraron prevalencias cercanas al 30%, sin embargo, algunos de estos estudios se realizaron en tiempos de la pandemia de Covid-19, lo que pudo significar aumentos en la tasa de depresión, resultado similar fue presentado en el estudio realizado por Suárez<sup>13</sup> en México, hallando una prevalencia que alcanzó el 39%.

Por otro lado, en países asiáticos, los resultados fueron mucho mayores, con cifras entre 49% y 59% según Yoneda<sup>12</sup> y Abenova<sup>10</sup> respectivamente, esto también refleja ámbitos sociales distintos al nuestro, que podrían estar relacionadas al tipo de sistema de salud, apoyo social y condiciones socioeconómicas diferentes.

Si bien los resultados de este estudio no encontraron asociación entre los factores sociodemográficos y la variable depresión postparto ( $p = 0.199-0.804$ ) con la prueba de Chi-cuadrado y con ajuste de prueba exacta de Fisher, no se subestima que los valores porcentuales en pacientes con síntomas depresivos y depresión postparto son más altos en el grupo etario de madres mayores de 30 años, madres solteras, nivel de estudios primario, desempleadas y con vivienda en zona rural, lo que reafirma los resultados obtenidos por Alam<sup>11</sup> y Ly Do<sup>15</sup> en sus estudios realizados en Bangladesh y Vietnam.

Con respecto a los factores gineco-obstétricos, uno de los identificados como asociados a depresión postparto es el antecedente de aborto, lo que puede indicar dificultades para superar la pérdida de un hijo, la falta de apoyo emocional familiar o social, además la posibilidad de no llevar terapia profiláctica antidepresiva postaborto. El otro factor asociado es la enfermedad del recién nacido, en este caso, durante las entrevistas a las participantes

se conoció que los niños se hospitalizaron por ictericia neonatal, esto es comparable con el estudio de Alam<sup>11</sup>, quien encontró asociación con el factor complicaciones neonatales asociadas a depresión postparto. Ningún otro factor presentó asociación estadística significativa ( $p < 0.05$ ).

De los antecedentes psiquiátricos considerados, no se presenta asociación con la presencia de síntomas depresivos o depresión postparto, sin embargo, se podría realizar una investigación más específica en pacientes con estas características, puesto que en el caso de las participantes de este estudio solo 2.6% refirieron presentar antecedente de depresión, siendo probable el infradiagnóstico por parte de nuestro sistema sanitario; ninguna refirió antecedentes de ansiedad u otra enfermedad psiquiátrica, por lo que la muestra es muy limitada, lo que difiere del metaanálisis de Liu<sup>8</sup>, quien encontró asociación (OR = 3,09, IC 95% 1,62–5,93) con el antecedente de depresión en una revisión sistemática realizada en 33 poblaciones.

La investigación estuvo limitada por la dificultad de comunicación entre el entrevistador y las participantes, producida al intentar entablar conexión vía telefónica, el nivel educacional, la disponibilidad de tiempo y el interés en la participación del estudio. Además, la población estudiada fue de carácter predominantemente rural, por lo que desconocemos si los resultados pudieran extrapolarse a una población urbana con características sociodemográficas distintas.

Por esta razón se considera que la investigación podría realizarse en una población más amplia, diversa y en un período de tiempo más prolongado, de tal forma que los resultados puedan generalizarse en nuestra sociedad. Si bien el nivel educacional es una barrera para la aplicación de la EPDS podría ser útil validarla en poblaciones con niveles de alfabetización más bajos para fidelizar los resultados.

## **CAPÍTULO VII: CONCLUSIONES**

1. La prevalencia de depresión postparto fue del 10.3% en las pacientes atendidas en el Centro de Salud de Baños del Inca, en el período de Mayo - Agosto del 2023, considerando un punto de corte de 14 puntos en la EPDS.
2. No existe una asociación estadísticamente significativa entre los factores sociodemográficos estudiados y la presencia de depresión postparto en las participantes de la investigación.
3. La asociación entre el factor gineco-obstétrico "aborto" y la variable depresión postparto, así como entre el factor perinatal "enfermedad del recién nacido" y la misma variable, resultaron ser estadísticamente significativas.
4. Ninguna de las participantes con depresión postparto presentó como antecedente alguna enfermedad psiquiátrica, sin embargo, del total de participantes, el 2.6% presentó antecedente de depresión.

## **CAPÍTULO VIII: RECOMENDACIONES**

1. A los Centros de Salud de atención primaria, realizar un seguimiento de salud mental de forma periódica, a las pacientes que se encuentren dentro del primer año postparto, aplicando las herramientas de tamizaje necesarias para la detección de casos de depresión postparto y la intervención inmediata de pacientes con riesgos de autolesión.
2. Brindar apoyo psicológico a las madres de recién nacidos que requieran hospitalización en los primeros días de vida o que hayan presentado alguna complicación neonatal, así como su seguimiento por el área correspondiente dentro del primer año postparto.
3. Incluir un programa de psicoprofilaxis a las pacientes que hayan presentado un antecedente de aborto para afrontar de mejor manera la pérdida de un hijo, y tener mejores expectativas frente a un futuro embarazo.
4. A futuros investigadores en el tema, realizar un estudio más amplio en cuanto a tiempo y lugar que incluya establecimientos de salud de diferente nivel de complejidad de atención por las diferencias sociodemográficas, gineco-obstétricas y patología psiquiátrica diversa que pudiera extrapolar a una realidad general de la población.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. American College of Obstetricians and Gynecologists. Screening for perinatal depression. ACOG Committee Opinion No. 757. *Obstet Gynecol* [Internet]. 2018. [citado 10 mar 2023]; 132(5): p. 208–12. Disponible en: [https://www.acog.org/clinical/clinical-guidance/committee-opinion/articles/2018/11/screening-for-perinatal-depression?utm\\_source=redirect&utm\\_medium=web&utm\\_campaign=otn](https://www.acog.org/clinical/clinical-guidance/committee-opinion/articles/2018/11/screening-for-perinatal-depression?utm_source=redirect&utm_medium=web&utm_campaign=otn).
2. Neff E. Trastornos depresivos. *EMC Medicina* [Internet]. 2022 [citado 10 mar 2023]; 26(3):1-9. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1636541022468413>. doi.org/10.1016/S1636-5410(22)46841-3.
3. Brummelte S., Galea L.A., Postpartum depression: etiology, treatment and consequences for maternal care. *Horm Behav* 2016; 77: p. 153-166.
4. Morrow C. Psiquiatría. En: *Manual Harriet Lane de Pediatría*. 20a ed. Barcelona: Elsevier España; 2021. p. 574-85
5. Olin S.C., Kerker B., Stein R.E., et. al., Can postpartum depression be managed in pediatric primary care? *J Womens Health (Larchmt)* 2016; 25: p. 381-390.
6. O'Connor E, Rossom RC, Henninger M, Groom HC, Burda BU. Primary care screening for and treatment of depression in pregnant and postpartum women: evidence report and systematic review for the US Preventive Services Task Force. *JAMA* [Internet]. 2016 [citado 10 mar 2023]; 315:388–406. Disponible en: <https://jamanetwork.com/journals/jama/fullarticle/2484344>
7. Abdelmounaim Manoussi, Abdellatif Baali, PhD, Hakima Amor, PhD, and Nadia Ouzennou, PhD. Postpartum Depression in a Context of Social Vulnerability in

- Morocco. *Psychiatric Annals* [Internet]. 2023 [citado 10 mar 2023]; 53(2):96–104  
Disponibile en: <https://journals.healio.com/doi/10.3928/00485713-20230207-03>
8. Xueyan Liu, Shuhui Wang, Guangpeng Wang. Prevalence and Risk Factors of Postpartum Depression in Women: A Systematic Review and Meta-analysis. *J Clin Nurs*. [Internet]. 2022 [citado 10 mar 2023];31(19-20):2665-2677. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34750904/>
  9. MD, MSc Silvia Lucia Gaviria-Arbeláez, MD Alina Uribe-Holguín, Liana Sirley Gil-Castaño, Silvia Elena Uribe-Bravo, Luz Elena Serna-Galeano, MD Carolina Álvarez-Mesa, Robinson Palacio-Moná, and MD, MSc Sandra María Vélez-Cuervo. 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 [citado 10 mar 2023]; 73(2): 194–202. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles-/PMC9395201/>
  10. Abenova M., Ayan M., Kanya L., Turluc M., Jamedinova U. Prevalence of postpartum depression and its associated factors within a year after birth in Semey, Kazakhstan: A cross sectional study. *Clin. Epidemiology Glob. Health*, [Internet]. 2022 [citado 10 mar 2023]; 16, 101103. Disponible en: [https://cegh.net/article/S2213-3984\(22\)00145-2/fulltext](https://cegh.net/article/S2213-3984(22)00145-2/fulltext)
  11. Alam MM, Haque T, Uddin KMR, Ahmed S, Islam MM, Hawlader MDH. The prevalence and determinants of postpartum depression (PPD) symptomatology among facility delivered mothers of Dhaka city. *Asian J Psychiatr*. [Internet]. 2021 [citado 10 mar 2023]; 62:102673. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34052707/>
  12. Yoneda K, Hababeh M, Kitamura A, Seita A, Kamiya Y. Prevalence and characteristics of Palestine refugee mothers at risk of postpartum depression in

- Amman, Jordan: a cross-sectional study. *Lancet*. [Internet]. 2021 [citado 10 mar 2023];398 Suppl 1: S28. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34227960/>
13. Suárez-Rico BV, Estrada-Gutierrez G, Sánchez-Martínez M, Perichart-Perera O, Rodríguez-Hernández C, González-Leyva C, Osorio-Valencia E, Cardona-Pérez A, Helguera-Repetto AC, Espino Y Sosa S, Solis-Paredes M, Reyes-Muñoz E. Prevalence of Depression, Anxiety, and Perceived Stress in Postpartum Mexican Women during the COVID-19 Lockdown. *Int J Environ Res Public Health*. [Internet]. 2021 [citado 10 mar 2023]; 18(9):4627. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33925373/>
  14. Shorey S, Chee CYI, Ng ED, Chan YH, Tam WWS, Chong YS. Prevalence and incidence of postpartum depression among healthy mothers: A systematic review and meta-analysis. *J Psychiatr Res*. [Internet]. 2018 [citado 10 mar 2023]; 104:235-248. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30114665/>
  15. Do L, Nguyen H, Pham H. Postpartum Depression and Risk Factors among Vietnamese Women. *Biomed Res Int*. [Internet]. 2018 [citado 10 mar 2023]; 18;2018: 4028913. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6167583/>
  16. Chen J, Cross M, Plummer V, Lam L, Tang S. A systematic review of prevalence and risk factors of postpartum depression in Chinese immigrant women. *Women Birth*. [Internet]. 2018 [citado 10 mar 2023];32(6):487-492. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30559006/>
  17. Bazán, M. Depresión postparto en gestantes que se atienden en el Hospital Nacional Hipólito Unanue durante el periodo enero - agosto 2018 [Tesis].: Universidad

- Privada San Juan Bautista; [Internet]. 2020 [citado 10 mar 2023]; Disponible en: <http://repositorio.upsjb.edu.pe/handle/upsjb/2582>
18. Masías M., Arias W. Prevalencia de la depresión post parto en Arequipa, Perú. *Rev Med Hered.* [Internet]. 2020 [citado 10 mar 2023]; 29:226-231. Disponible en: <https://revistas.upch.edu.pe/index.php/RMH/article/view/3447/3677>
19. Wells T. Postpartum Depression: Screening and Collaborative Management. *Prim Care.* [Internet]. 2023 [citado 11 mar 2023]; 50(1):127-142. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0095454322001348?via%3Dihub>
20. Mughal S, Azhar Y, Siddiqui W. Postpartum Depression. In: *StatPearls* [Internet] 2022 [citado 11 mar 2023]. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30085612/>
21. American Psychiatric Association. Depressive Disorders. In *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (5th ed., text rev.)*. 2022
22. Stewart D. and Vigod S. Postpartum Depression: Pathophysiology, Treatment, and Emerging Therapeutics. *Annu. Rev. Med.* [Internet] 2019 [citado 11 mar 2023].70:1, 183-196. Disponible en: [https://www.annualreviews.org/doi/10.114-6/annurev-med-041217-011106?url\\_ver=Z39.88-2003&rfr\\_id=ori%3Arid%3-Acrossref.org&rfr\\_dat=cr\\_pub++0pubmed](https://www.annualreviews.org/doi/10.114-6/annurev-med-041217-011106?url_ver=Z39.88-2003&rfr_id=ori%3Arid%3-Acrossref.org&rfr_dat=cr_pub++0pubmed)
23. Wisner KL, Sit DKY, McShea MC, et al. Onset timing, thoughts of self-harm, and diagnoses in postpartum women with screen-positive depression findings. *JAMA Psychiatry* [Internet]. 2013 [citado 12 mar 2023]; 70:490–98. Disponible en: <https://jamanetwork.com/journals/jamapsychiatry/fullarticle/1666651>

24. Payne JL, Maguire J. Pathophysiological mechanisms implicated in postpartum depression. *Front Neuroendocrinol.* [Internet]. 2019 [citado 12 mar 2023]; 52:165-180. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC63-70514>
25. Pearlstein T, Howard M, Salisbury A, Zlotnick C. Postpartum depression. *Am J Obstet Gynecol.* [Internet]. 2009 [citado 12 mar 2023]; 200(4):357-64. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3918890/>
26. F. Earls, The Committee on Psychosocial Aspects of Child and Family Health; Incorporating Recognition and Management of Perinatal and Postpartum Depression Into Pediatric Practice. *Pediatrics.* [Internet]. 2010 [citado 12 mar 2023]; 126 (5): 1032–1039. Disponible en: <https://publications.aap.org/pediatrics-/article/126/5/1032/65293/Incorporating-Recognition-and-Management-of>
27. Kroska, E. B., Stowe, Z. N. Postpartum Depression. *Obstet. Gynecol. Clin. N.* [Internet]. 2020 [citado 12 mar 2023]; 47(3), 409–419. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0889854520300474?via%3Dihub>
28. O’Hara M., McCabe J.. Postpartum Depression: Current Status and Future Directions. *Annu. Rev. Clin. Psychol.* [Internet]. 2013 [citado 12 mar 2023]; 9:379–407. Disponible en: <https://www.annualreviews.org/doi/10.1146/annurev-clinpsy-050212-185612>
29. Meltzer-Brody S. New insights into perinatal depression: pathogenesis and treatment during pregnancy and postpartum. *Dialogues Clin Neurosci.* [Internet]. 2011 [citado 12 mar 2023]; 13(1):89-100. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3181972/>
30. Bains N, Abdijadid S. Major Depressive Disorder. *StatPearls* [Internet]. 2022 [citado 12 mar 2023]. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK559078/>

31. Cox J.L., Holden J.M., Sagovsky R. Detection of postnatal depression. Development of the 10-item Edinburgh Postnatal Depression Scale. *Br J Psychiatry*. [Internet] 1987 [citado 12 mar 2023]. 150:782-6. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/3651732/>
32. Vega Dienstmaier, JM; Mazzotti Suárez, G; Campos Sánchez, M. Validation of a Spanish version of the Edinburgh Postnatal Depression Scale. *Actas esp. psiquiatr*. [Internet] 2002 [citado 13 mar 2023]; 30(2): 106-111. Disponible en: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/ibc-12093>

## ANEXOS

### ANEXO N°1: MATRIZ DE CONSISTENCIA

<b>PROBLEMA</b>	<b>OBJETIVOS</b>	<b>JUSTIFICACION</b>	<b>HIPOTESIS</b>	<b>VARIABLES</b>	<b>METODOLOGIA</b>
<p style="text-align: center;"><b><u>GENERAL</u></b></p> <p>¿Cuál es la prevalencia de depresión post parto en mujeres atendidas en el servicio de obstetricia del Centro de Salud Baños del Inca, Cajamarca, mayo-agosto de 2023?</p>	<p style="text-align: center;"><b><u>GENERAL</u></b></p> <p>Determinar la prevalencia de depresión post parto en mujeres atendidas en el servicio de obstetricia del Centro de Salud Baños del Inca, Cajamarca, mayo-agosto de 2023.</p> <hr/> <p style="text-align: center;"><b><u>ESPECIFICOS</u></b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Identificar los factores sociodemográficos asociados a las mujeres con depresión post parto atendidas en el servicio de obstetricia del Centro de Salud Baños del Inca, Cajamarca, en mayo-agosto de 2023.</li> <li>2. Indicar los factores gineco-obstétricos asociados a las mujeres con depresión post parto atendidas en el servicio de obstetricia del Centro de Salud Baños del Inca, Cajamarca, en mayo-agosto de 2023.</li> <li>3. Conocer los antecedentes de enfermedades psiquiátricas asociados a las mujeres con depresión post parto atendidas en el servicio de obstetricia del Centro de Salud Baños del Inca, Cajamarca, en mayo-agosto de 2023.</li> </ol>	<p>Es reconocible que en nuestro medio no se presta la debida atención a la salud mental, la cual es una base del bienestar integral del ser humano, las gestantes atraviesan una serie de cambios hormonales que, junto a distintos factores sociodemográficos, gineco-obstétricos, y patológicos podrían estar asociados a una serie de síntomas depresivos tras el parto.</p> <p>Si bien se han realizado algunos estudios en nuestro país, los datos aún son limitados y no contamos con un estudio a gran escala, ni un modelo ideal para ser aplicado y poder identificar estos factores, mucho menos se tiene información precisa de la cantidad de mujeres que podrían estar siendo afectadas de depresión en su período postparto, es por ello que este estudio busca determinar la prevalencia de depresión postparto para servir como antecedente a futuras investigaciones, considerar el nivel de problema que se tiene y tomar las medidas necesarias para solucionar esta situación, ya que los problemas originados a partir de este cuadro clínico afectan no solo la salud de la madre, sino sus relaciones interpersonales sociales y familiares así como el desarrollo del niño.</p>	<p>La prevalencia de depresión post parto en mujeres atendidas en el servicio de obstetricia del Centro de Salud Baños del Inca, Cajamarca, en mayo-agosto de 2023 es mayor al 20%.</p>	<p><b><u>Principal</u></b> Depresión postparto</p> <p><b><u>Intervinientes</u></b> Edad Estado civil Grado de instrucción Ocupación Ubicación de vivienda Violencia familiar Tipo de parto Complicaciones durante el parto Embarazo planificado Enfermedades en el RN Antecedente de Ansiedad Antecedente de Depresión</p>	<p><b><u>Diseño:</u></b> No experimental Transversal Descriptivo</p> <p><b><u>Población:</u></b> Mujeres atendidas en el servicio de obstetricia del Centro de Salud Baños del Inca, Cajamarca, en mayo-agosto de 2023.</p> <p><b><u>Técnicas e instrumentos:</u></b> <b><i>Técnicas:</i></b> * Observación * Entrevista <b><i>Instrumentos:</i></b> * Escala de depresión postparto de Edimburgo * Ficha de recolección de datos</p>

**ANEXO N° 2: FICHA DE RECOLECCIÓN DE DATOS SOCIODEMOGRÁFICOS,  
GINECO-OBSTÉTRICOS Y DE ANTECEDENTES PSIQUIÁTRICOS.**

**DATOS SOCIODEMOGRÁFICOS**

Edad	_____	
Grupo etario	Menor de 18 años	<input type="radio"/>
	Entre 18 y 29 años	<input type="radio"/>
	Más de 30 años	<input type="radio"/>
Estado civil	Soltera	<input type="radio"/>
	Conviviente	<input type="radio"/>
	Casada	<input type="radio"/>
Grado de instrucción	Analfabeta	<input type="radio"/>
	Primaria	<input type="radio"/>
	Secundaria	<input type="radio"/>
	Superior	<input type="radio"/>
Ocupación	Estudiante	<input type="radio"/>
	Independiente	<input type="radio"/>
	Dependiente	<input type="radio"/>
	Desempleada	<input type="radio"/>
Ubicación de vivienda	Urbano	<input type="radio"/>
	Rural	<input type="radio"/>
Antecedente de violencia familiar	Sí	<input type="radio"/>
	No	<input type="radio"/>

**ANTECEDENTES GINECO-OBSTÉTRICOS**

Fórmula obstétrica	P _____	
Tipo de parto	Eutócico	<input type="radio"/>
	Distócico	<input type="radio"/>
Complicaciones durante el parto	Sí, _____	<input type="radio"/>
	No	<input type="radio"/>
Embarazo planificado	Sí	<input type="radio"/>
	No	<input type="radio"/>
Enfermedades del recién nacido	Sí, _____	<input type="radio"/>
	No	<input type="radio"/>

**ANTECEDENTES PSIQUIÁTRICOS**

Ansiedad	Sí	<input type="radio"/>
	No	<input type="radio"/>
Depresión	Sí	<input type="radio"/>
	No	<input type="radio"/>
Otro trastorno	Sí, _____	<input type="radio"/>
	No	<input type="radio"/>

### ANEXO N° 3: CUESTIONARIO DE LA ESCALA DE DEPRESIÓN POSTNATAL DE EDIMBURGO

Queremos saber cómo se siente si ha tenido un bebé recientemente. Por favor responda con la alternativa que más se acerque a cómo se ha sentido en los últimos 7 días, no solamente como se siente hoy.

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

De The British Journal of Psychiatry  
Junio, 1987, Vol.150 by J.L. Cox, J.M. Holden, R. Sagovsky

## **ANEXO N°4: HOJA INFORMATIVA Y CONSENTIMIENTO INFORMADO**

### **HOJA INFORMATIVA**

El propósito de este estudio es establecer la frecuencia de la depresión postparto e identificar las características asociadas en mujeres que recibieron atención del parto en el Centro de Salud Baños del Inca.

Si decide formar parte de este estudio, se le solicitará responder algunas preguntas en una ficha diseñada por el autor, además de responder al cuestionario de la Escala de Depresión Postnatal de Edimburgo. Este proceso tomará aproximadamente 5 minutos de su tiempo.

La participación en este estudio es completamente voluntaria, y la información recopilada se mantendrá confidencial y solo se utilizará para fines de investigación. Sus respuestas serán anónimas y no se divulgarán.

No hay riesgos asociados con su participación en este estudio. El beneficio principal es la detección temprana de la depresión postparto, y con un tratamiento oportuno tener un impacto positivo en su salud mental, la relación con su hijo y familia.

La participación en este estudio no conlleva ningún costo, y no recibirá compensación económica. Sin embargo, podrá tener acceso a los resultados del estudio si así lo requiere. Además, puede plantear cualquier duda en cualquier momento y retirarse del estudio si lo desea sin repercusiones.

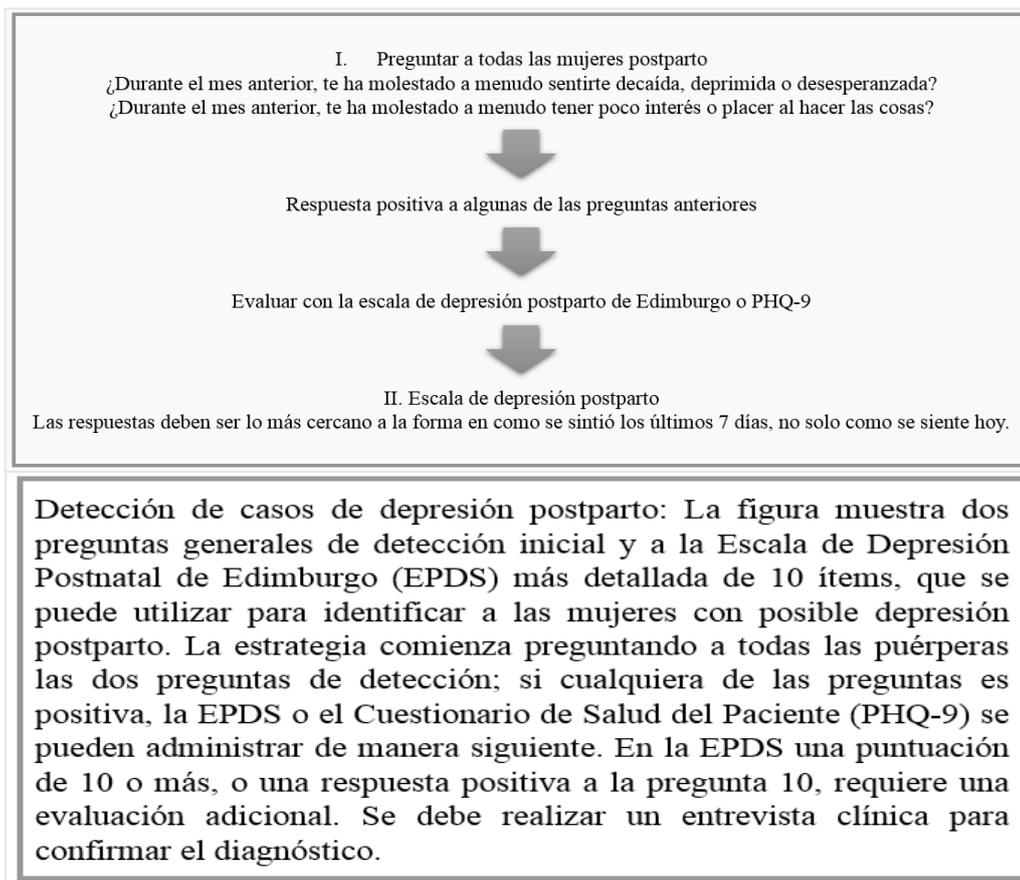
## **CONSENTIMIENTO INFORMADO**

Yo, \_\_\_\_\_, reconozco que he sido informada sobre el estudio “Prevalencia de depresión postparto en mujeres atendidas en el servicio de obstetricia del Centro De Salud Baños Del Inca” por el investigador a través de una llamada telefónica. Entiendo que mi participación en este estudio es voluntaria y que puedo retirarme en cualquier momento sin explicaciones adicionales y sin ninguna consecuencia negativa.

Comprendo que mi participación en este estudio no implica ningún riesgo para mi salud o bienestar. He tenido la oportunidad de hacer preguntas y aclarar cualquier duda que pueda tener sobre el estudio.

Por lo tanto, otorgo mi consentimiento libre y voluntario para participar en este estudio.

## ANEXO N°5: DETECCIÓN DE CASOS DE DEPRESIÓN POSTPARTO



## ANEXO N°6: TRATAMIENTO DE LA DEPRESIÓN POSTPARTO

Tratamiento de la depresión postparto	
Psicoterapia	Farmacoterapia
Terapia cognitivo conductual*	Sertralina*
Psicoterapia interpersonal*	Fluoxetina*
Visitas de escucha*	Paroxetina*
Consejería de soporte	Escitalopram
	Fluvoxamina
	Venlafaxina
	Nortriptilina
	Bupropion
	Nefazodona
	Brexanolona*
*Indica apoyo por al menos 1 ensayo controlado aleatorizado	