UNIVERSIDAD NACIONAL DE UCAYALI

FACULTAD DE MEDICINA HUMANA

ESCUELA PROFESIONAL DE MEDICINA HUMANA

FACTORES RELACIONADOS A DEPRESIÓN POSTPARTO EN PUÉRPERAS INMEDIATAS DEL HOSPITAL AMÁZONICO DE YARINACOCHA, 2022.

Tesis para optar el título profesional de

MÉDICO CIRUJANO

IVANA CELESTE, LEVY RIOS

Pucallpa – Perú

2024

UNIVERSIDAD NACIONAL DE UCAYALI
FACULTAD DE MEDICINA HUMANA

ACTA DE SUSTENTACIÓN DE TESIS PARA OPTAR EL TÍTULO PROFESIONAL DE MÉDICO CIRUJANO

En Pucallpa, a los 12 días del mes de ABRIL del dos mil Veinticuatro, siendo las 11 horas, y de acuerdo al Reglamento de Grados y Títulos de la Universidad Nacional de Ucayali, se reunieron en los ambientes de la Sala de Grados y Títulos de la Universidad Nacional de Ucayali, los miembros del Jurado Calificador de Tesis, para proceder con la evaluación de la tesis denominado **"FACTORES RELACIONADOS A DEPRESIÓN POSTPARTO EN PUÉRPERAS INMEDIATAS DEL HOSPITAL AMAZONICO DE YARINACOCHA, 2022"** elaborado por la bachiller en Medicina Humana **Ivana Celeste Levy Rios.**

El Jurado Calificador de Tesis esta conformado por los siguientes docentes:

Dr. WALTER ROMAN LEVEAU BARTRA	(Presidente)
M.C. ANGEL MARTTI RONCAL JIMENEZ	(Miembro)
M.C. Mg. LUIS ENRIQUE RUIZ SOLSOL	(Miembro)

Finalizado el acto de sustentación, luego de deliberar el Jurado y verificar los calificativos, se obtuvo el siguiente resultado de APROBADO por UNANIMIDAD con el calificativo de DIECISIETE (17). Quedando el sustentante graduado como Médico Cirujano, para que se le expida el TITULO PROFESIONAL DE MÉDICO CIRUJANO.

Pucallpa, 12 de ABRIL del 2024.

Dr. Walter Román Leveau Bartra
Presidente del Jurado Evaluador

M.C. Angel Martti Roncal Jimenez
Miembro del Jurado Evaluador

M.C. Mg. Luis Enrique Ruiz Solsol
Miembro del Jurado Evaluador

UNIVERSIDAD NACIONAL DE UCAYALI
FACULTAD DE MEDICINA HUMANA

ESTA TESIS FUE APROBADA POR LOS MIEMBROS DEL JURADO CALIFICADOR DE LA FACULTAD DE MEDICINA HUMANA DE LA UNIVERSIDAD NACIONAL DE UCAYALI.

Dr. Walter Román Leveau Bartra
Presidente del Jurado Evaluador

M.C. Angel Martti Roncal Jiménez
Miembro del Jurado Evaluador

M.C. Mg. Luis Enrique Ruiz Solsol
Miembro del Jurado Evaluador

M.C. Luis Enrique Ciudad Fernández
Asesor de Tesis

Bach. Ivana Celeste Levy Rios
Tesista

UNIVERSIDAD NACIONAL DE UCAYALI

DIRECCIÓN DE PRODUCCIÓN INTELECTUAL

CONSTANCIA

ORIGINALIDAD DE TRABAJO DE INVESTIGACIÓN

N° V/0142-2024.

La Dirección de Producción Intelectual de la Universidad Nacional de Ucayali, hace constar por la presente, que el trabajo académico de investigación, titulado:

"FACTORES RELACIONADOS A DEPRESIÓN POSTPARTO EN PUÉRPERAS INMEDIATAS DEL HOSPITAL AMAZÓNICO DE YARINACOCHA, 2022."

Autor(es)	:	**LEVY RIOS, IVANA CELESTE**
Facultad	:	**MEDICINA HUMANA**
Escuela	:	**MEDICINA HUMANA**
Asesor(a)	:	**Geriatra CIUDAD FERNANDEZ, LUIS ENRIQUE**

Presenta un **porcentaje de similitud de 2%,** verificado en el Sistema Antiplagio COMPILATIO,

De acuerdo a los criterios de porcentaje establecidos en el artículo 9 de la DIRECTIVA DE USO DEL SISTEMA ANTIPLAGIO, el cual indica que todo trabajo de investigación no debe superar el 10%. **En tal sentido, se declara, que el presente trabajo de investigación: SI Contiene un porcentaje aceptable de similitud,** procediéndose a emitir la presente Constancia de Originalidad de Trabajo de Investigación (COTI) a solicitud del asesor.

En señal de conformidad se firma y sella el presente documento.

Fecha: 18/03/2024

Mg. JOSÉ MANUEL CÁRDENAS BERNAOLA
Director de Producción Intelectual

UNIVERSIDAD NACIONAL DE UCAYALI

DIRECCIÓN DE PRODUCCIÓN INTELECTUAL

AUTORIZACIÓN DE PUBLICACIÓN

Repositorio de la Universidad Nacional de Ucayali

Yo, Ivana Celeste Levy Rios

Autor de la tesis titulada: "Factores relacionados a depresión postparto en gestantes atendidas del Hospital Amazónico de Yarinacocha, 2022"

Sustentada el año 2024

Asesor(a): M.C. Luis Enrique Ciudad Fernández

Facultad: Medicina Humana

Escuela Profesional: Medicina Humana

Autorizo la publicación:

PARCIAL ☐ TOTAL ☒

De mi trabajo de investigación en el Repositorio Institucional de la Universidad Nacional de Ucayali (www.repositorio.unu.edu.pe), bajo los siguientes términos:

Primero: Otorgo a la Universidad Nacional de Ucayali licencia no exclusiva para reproducir, distribuir, comunicar, transformar (únicamente mediante su traducción a otros idiomas) y poner a disposición del público en general mi tesis (incluido el resumen) a través del Repositorio Institucional de la UNU, en formato digital sin modificar su contenido, en el Perú y en el extranjero; por el tiempo y las veces que considere necesario y libre de remuneraciones.

Segundo: Declaro que la tesis es una creación de mi autoría y exclusiva titularidad, por tanto me encuentro facultado a conceder la presente autorización, garantizando que la tesis no infringe derechos de autor de terceras personas, caso contrario, me hago único(a) responsable de investigaciones y observaciones futuras, de acuerdo a lo establecido en el estatuto de la Universidad Nacional de Ucayali, la Superintendencia Nacional de Educación Superior Universitaria y el Ministerio de Educación.

En señal de conformidad firmo la presente autorización.

Fecha: 16/04/2024

Email: iceleri_25@gmail.com Firma:

Teléfono: 961319102 DNI: 72166094

ÍNDICE GENERAL

ÍNDICE DE TABLAS IX
ÍNDICE DE FIGURAS XI
ÍNDICE DE ANEXOS XIII
DEDICATORIA XIV
AGRADECIMIENTO XV
RESUMEN XVI
ABSTRACT XVII
INTRODUCCIÓN 1
CAPÍTULO I 2
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMAPROBLEMA 2
1.1 DESCRIPCIÓN DEL PROBLEMA 2
1.2 FORMULACIÓN DEL PROBLEMA 4
1.2.1 PROBLEMA GENERAL 4
1.2.2 PROBLEMAS ESPECIFICOS 4
1.3. OBJETIVOS DE LA INVESTIGACION 5
1.3.1 OBJETIVO GENERAL 5
1.3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS 5
1.4. JUSTIFICACIÓN 7
CAPITULO II 9
MARCO TEÓRICO 9
2.1 ANTECEDENTES DE LA INVESTIGACIÓN 9
2.1.1 ANTECEDENTES INTERNACIONALES. 9
2.1.2 ANTECEDENTES NACIONALES. 11
2.1.3 ANTECEDENTES LOCALES 13

2.2 BASES TEÓRICAS....14
a) Depresión postparto....14
b) Factores de riesgo....15
c) Principales afectaciones....16
d) Diagnóstico....19
e) Diagnóstico diferencial: 21
f) Tratamiento....24
g) Prevención....30
2.3 DEFINICIÓN DE TÉRMINOS BÁSICOS 30
2.4 HIPÓTESIS....31
A. HIPÓTESIS GENERAL 31
B. HIPÓTESIS ESPECIFICAS....31
2.5 VARIABLES DE ESTUDIO 34
OPERACIONALIZACIÓN DE LAS VARIABLES....35
CAPÍTULO III....37
METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN 37
3.1 METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN....37
3.1 ÁMBITO DE ESTUDIO 37
3.2 TIPO DE INVESTIGACIÓN 37
3.3 NIVEL DE INVESTIGACIÓN....37
3.4 MÉTODO DE INVESTIGACIÓN 38
3.5 DISEÑO DE INVESTIGACIÓN 38
3.6 POBLACIÓN, MUESTRA, MUESTREO 38
3.6.1 POBLACIÓN: 38
3.6.2 MUESTRA:....38
3.6.3 MUESTREO:....38

3.7 TÉCNICAS E INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS 39
3.8 PROCEDIMIENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS 41
3.9 TÉCNICAS DE PROCESAMIENTO Y ANÁLISIS DE DATOS 41
3.10 ÉTICA DE INVESTIGACION 42
CAPITULO IV:.....43
RESULTADOS Y DISCUSIÓN.....43
4.1 PRESENTACIÓN DE RESULTADOS.....43
4.2 DISCUSIÓN 64
CAPÍTULO V.....70
CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES 70
5.1 CONCLUSIONES 70
5.2 RECOMENDACIONES.....72
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....73
ANEXOS.....88
Anexo 1: Declaración Jurada 89
Anexo 2: Consentimiento Informado 90
Anexo 3: Ficha De Recolección De Datos 91
Anexo 4: Escala De Depresión Postparto De Edimburgo 92
Anexo 5: Autorización Para Ejecución De Tesis. 93
Anexo 6: Matriz De Consistencia 94

ÍNDICE DE TABLAS

Pág.

Tabla 01. OPERACIONALIZACIÓN DE LAS VARIABLES…… **36**

Tabla 02. CARACTERÍSTICAS DE DPP Y FACTORES RELACIONADOS EN PUÉRPERAS INMEDIATAS DEL HOSPITAL AMAZÓNICO DE YARINACOCHA , OCTUBRE 2022…… **45**

Tabla 03. RELACIÓN ENTRE LA EDAD CON DEPRESIÓN POSTPARTO EN PUÉRPERAS INMEDIATAS DEL HOSPITAL AMAZÓNICO DE YARINACOCHA, OCTUBRE 2022 …… **48**

Tabla 04. RELACIÓN ENTRE EL ESTADO CIVIL CON DEPRESIÓN POSTPARTO EN PUÉRPERAS INMEDIATAS DEL HOSPITAL AMAZÓNICO DE YARINACOCHA, OCTUBRE 2022…… ……..**49**

Tabla 05. RELACIÓN ENTRE EL GRADO DE INSTRUCCIÓN CON DEPRESIÓN POSTPARTO EN PUÉRPERAS INMEDIATAS DEL HOSPITAL AMÁZONICO DE YARINACOCHA, 2022 …… **50**

Tabla 06. RELACIÓN ENTRE LUGAR DE RESIDENCIA CON DEPRESIÓN POSTPARTO EN PUÉRPERAS INMEDIATAS DEL HOSPITAL AMÁZONICO DE YARINACOCHA, OCTUBRE 2022…… **52**

Tabla 07. RELACIÓN ENTRE LA OCUPACIÓN CON DEPRESIÓN POSTPARTO EN PUÉRPERAS INMEDIATAS DEL HOSPITAL AMÁZONICO DE YARINACOCHA, OCTUBRE 2022 …… **54**

Tabla 08. RELACIÓN ENTRE LA PARIDAD CON DEPRESIÓN POSTPARTO EN PUÉRPERAS INMEDIATAS DEL HOSPITAL AMÁZONICO DE YARINACOCHA, OCTUBRE 2022…… **55**

Tabla 09. RELACIÓN ENTRE PLANIFICACIÓN DEL EMBARAZO CON DEPRESIÓN POSTPARTO EN PUÉRPERAS INMEDIATAS DEL HOSPITAL AMÁZONICO DE YARINACOCHA, OCTUBRE 2022…… **57**

Tabla 10. RELACIÓN ENTRE LA VÍA DEL PARTO CON DEPRESIÓN POSTPARTO EN PUÉRPERAS INMEDIATAS DEL HOSPITAL AMÁZONICO DE YARINACOCHA, OCTUBRE 2022 ..…… **58**

Tabla 11. RELACIÓN ENTRE TRASTORNO DEL EMBARAZO CON DEPRESIÓN POSTPARTO EN PUÉRPERAS INMEDIATAS DEL HOSPITAL AMÁZONICO DE YARINACOCHA, OCTUBRE 2022 …… **60**

Tabla 12. RELACIÓN ENTRE EL SEXO DEL RECIÉN NACIDO CON DEPRESIÓN POSTPARTO EN PUÉRPERAS INMEDIATAS DEL HOSPITAL AMÁZONICO DE YARINACOCHA, OCTUBRE 2022…… **61**

Tabla 13. RELACIÓN ENTRE LA HOSPITALIZACIÓN DEL RECIÉN NACIDO CON DEPRESIÓN POSTPARTO EN PUÉRPERAS INMEDIATAS DEL HOSPITAL AMÁZONICO DE YARINACOCHA, OCTUBRE 2022…… **63**

ÍNDICE DE FIGURAS

Pág.

Figura 01. FRECUENCIA DE DEPRESIÓN SEGÚN LA ESCALA DE DEPRESIÓN POSTPARTO DE EDIMBURGO EN LAS PUÉRPERAS INMEDIATAS DEL HOSPITAL AMÁZONICO DE YARINACOCHA, OCTUBRE 2022…….... **47**

Figura 02. RELACIÓN ENTRE EL ESTADO CIVIL CON DEPRESIÓN POSTPARTO EN PUÉRPERAS INMEDIATAS DEL HOSPITAL AMAZÓNICO DE YARINACOCHA, OCTUBRE 2022 . ……..…… **50**

Figura 03. RELACIÓN ENTRE EL GRADO DE INSTRUCCIÓN CON DEPRESIÓN POSTPARTO EN PUÉRPERAS INMEDIATAS DEL HOSPITAL AMAZÓNICO DE YARINACOCHA, OCTUBRE 2022 .....…… **52**

Figura 04. RELACIÓN ENTRE EL LUGAR DE RESIDENCIA CON DEPRESIÓN POSTPARTO EN PUÉRPERAS INMEDIATAS DEL HOSPITAL AMAZÓNICO DE YARINACOCHA, OCTUBRE 2022……..……..……**53**

Figura 05. RELACIÓN ENTRE OCUPACIÓN CON DEPRESIÓN POSTPARTO EN PUÉRPERAS INMEDIATAS DEL HOSPITAL AMAZÓNICO DE YARINACOCHA, OCTUBRE 2022 …..……...…….……**55**

Figura 06. RELACIÓN ENTRE PARIDAD CON DEPRESIÓN POSTPARTO EN PUÉRPERAS INMEDIATAS DEL HOSPITAL AMAZÓNICO DE YARINACOCHA, OCTUBRE 2022 ….……..……..…**56**

Figura 07. RELACIÓN ENTRE PLANIFICACIÓN DEL EMBARAZO CON DEPRESIÓN POSTPARTO EN PUÉRPERAS INMEDIATAS DEL HOSPITAL AMAZÓNICO DE YARINACOCHA, OCTUBRE 2022 …… **58**

Figura 08. RELACIÓN ENTRE LA VÍA DE PARTO CON DEPRESIÓN POSTPARTO EN PUÉRPERAS INMEDIATAS DEL HOSPITAL AMAZÓNICO DE YARINACOCHA, OCTUBRE 2022 …..……. **59**

Figura 09. RELACIÓN ENTRE TRASTORNO DEL EMBARAZO CON DEPRESIÓN POSTPARTO EN PUÉRPERAS INMEDIATAS DEL HOSPITAL AMAZÓNICO DE YARINACOCHA, OCTUBRE 2022 ..... **61**

Figura 10. RELACIÓN ENTRE EL SEXO DEL RECIÉN NACIDO CON DEPRESIÓN POSTPARTO EN PUÉRPERAS INMEDIATAS DEL HOSPITAL AMAZÓNICO DE YARINACOCHA, OCTUBRE 2022 ..... **62**

Figura 11. RELACIÓN ENTRE HOSPITALIZACIÓN DEL RECIEN NACIDO CON DEPRESIÓN POSTPARTO EN PUÉRPERAS INMEDIATAS DEL HOSPITAL AMAZÓNICO DE YARINACOCHA, OCTUBRE 2022 ..... **64**

ÍNDICE DE ANEXOS

Pág.

Anexo 1: DECLARACIÓN JURADA……..…..**90**

Anexo 2: CONSENTIMIENTO INFORMADO……..…..**91**

Anexo 3: FICHA DE RECOLECCIÓN DE DATOS……..**92**

Anexo 4: ESCALA DE DEPRESIÓN POSTPARTO DE EDIMBURGO……..…**93**

Anexo 5: AUTORIZACION PARA LA EJECUCION DE TESIS…….……**94**

Anexo 6: MATRIZ DE CONSISTENCIA…….**95**

DEDICATORIA

A mis padres, en especial a mi querida madre, que con su amor y consejos me permitieron seguir firme en el sendero de la vida. A mis hermanos, que espero seguir marcando un camino que pueda seguir y superar. A mi compañero de vida, que gracias a nuestro amor nació mi motivación diaria, mi pequeño Ethan.

A ustedes dedico cada letra, cada pequeño triunfo que este trabajo simboliza. Este es nuestro triunfo, la suma de nuestros sueños y la promesa de un mañana lleno de esperanza. Con amor para ustedes.

AGRADECIMIENTO

A mis padres, Mirian y Elvis por apoyarme y guiarme en mi formación diaria y darme las fuerzas para continuar día a día.

A mis abuelos, en especial a mi abuela Mery, por siempre confiar en mí, por su amor y consejos brindados.

A mi compañero de vida, que día a día me apoyó y motivó con el anhelo de seguir creciendo juntos, tomando cada reto con firmeza y enfrentándolo con perseverancia.

A mis maestros de la Universidad, que con sus enseñanzas y correcciones pudieron formar al profesional que soy ahora.

Gracias, a todas las personas que hicieron posible todos estos años de formación y la realización de este trabajo entre ellos grandes amigos, culminando así este paso para ser Médico Cirujano.

RESUMEN

Introducción: La depresión postparto constituye un trastorno del estado mental muy prevalente, impactado adversamente en la madre, el recién nacido y la dinámica familiar. Los fenómenos relacionados presentan variaciones entre los grupos estudiados. Además, en el puerperio inmediato resultan ser poco estudiado. **Objetivo:** Determinarla relación de los factores sociodemográficos, obstétricas y del recién nacido con depresión postparto en puérperas inmediatas del Hospital Amazónico de Yarinacocha, octubre 2022. **Materiales y métodos:** Se realizó un estudio cuantitativo, de secuencia transversal y nivel correlacional en las áreas de alojamiento conjunto del Hospital Amazónico de Yarinacocha en el mes de octubre del año 2022, mediante la aplicación de la escala de depresión postparto de Edimburgo, como punto de corte ≥ 10 puntos para riesgo de DPP, así como una ficha de recolección de datos para las variables relacionadas. **Resultados:** De las 109 puérperas inmediatas estudiadas durante el mes de octubre del año 2022, se encontró que la media de edad fue de 26.06 años, el 44% fueron convivientes, el 42.2% cursaron hasta secundaria completa, el 61.5% procede de residencia rural, 67% fueron amas de casa, 67% eran multíparas, 57.8% planificaron su embarazo, 45.9% fueron cesáreas y el 64.2% no presentó trastorno en su embarazo. En relación con las características del neonato, 56.9% fueron varones y el 10.1% necesitó hospitalización. La frecuencia del riesgo DPP fue de 16.5%. Se encontró asociación negativa estadísticamente significativa con edad [(X^2=41.443; p=0.040) (r_{pb}= -0.203; p=0.035)] y el grado de instrucción [(X^2=9,958; p=0,041) ($r_{s=}$ -0.189, p= 0.05) de las madres. **Conclusión:** Existen factores relacionados a depresión postparto en puérperas inmediatas del Hospital Amazónico de Yarinacocha, 2022.

Palabras clave: depresión, depresión postparto, puerperio, escala de Edimburgo.

ABSTRACT

Introduction: Postpartum depression is a highly prevalent mental disorder that adversely affects the mother, the newborn, and family dynamics. The related phenomena show variations among the studied groups. Furthermore, immediate postpartum period remains poorly studied. **Objective**: To determine the relationship between sociodemographic, obstetric, and newborn factors with postpartum depression in the immediate postpartum period at the Hospital Amazónico of Yarinacocha, October 2022. **Materials and methods:** A quantitative, cross-sectional, and correlational study was conducted in the rooming-in areas of the Hospital Amazónico of Yarinacocha in October 2022. This was done by using the Edinburgh Postnatal Depression Scale, with a cutoff point of ≥ 10 points indicating risk of PPD, as well as a data collection form for the related variables. **Results:** Out of the 109 immediate postpartum women studied in October 2022, it was found that the mean age was 26.06 years. 44% were cohabiting, 42.2% had completed secondary education, 61.5% were from rural areas, 67% were homemakers, 67% were multiparous, 57.8% had planned their pregnancy, 45.9% had cesarean deliveries, and 64.2% did not have any disorders during their pregnancy. With regards to the characteristics of the newborn, 56.9% were male, and 10.1% required hospitalization. The frequency of PPD risk was 16.5%. A statistically significant negative association was found with age [(X2=41.443; p=0.040) (rpb= -0.203; p=0.035)] and the level of education [(X2=9.958; p=0.041) (rs= -0.189, p= 0.05)] of the mothers. **Conclusion:** There are factors related to postpartum depression in immediate postpartum women at the Hospital Amazónico of Yarinacocha, 2022.

Keywords: depression, postpartum depression, puerperium, Edimburgh scale.

INTRODUCCIÓN

La depresión resulta ser un trastorno de la esfera mental muy prevalente y hasta incapacitante, teniendo un riesgo de padecerla a lo largo de la vida entre el 11% y el 15%, según la condición de ingresos en países altos y bajos a medios respectivamente(1,2). Las mujeres presentan mayor incidencia y más aún en la etapa puerperal, donde son más vulnerables debido al desbalance hormonal y al estrés de afrontar una nueva etapa: la maternidad.

La depresión postparto (DPP) surge como una de las complicaciones mentales más frecuentes de la esfera materna. Las madres con depresión postparto presentan sintomatología variable, que incluyen sentimientos de tristeza, perdida de interés por las actividades, sentimientos de culpa, ansiedad, altera la relación que presenta con su bebé, perdiendo incluso el vínculo con el mismo y hasta pensamientos o intentos de autolesión y suicidio. En ese sentido, se observa que la DPP además de afectar la calidad de vida de la madre, también influye en el desarrollo y bienestar emocional de neonato. Así mismo, puede ser identificada de forma rápida y eficaz con herramientas validadas como la escala de depresión postparto de Edimburgo (EDPE). Esta condición afecta a las madres de todas las edades y las condiciones sociales. En las puérperas inmediatas, la identificación de la DPP puede tener obstáculos pues están presentes emociones y cambios biopsicosociales inherentes a la maternidad. Además, se reportan diversos factores que pueden relacionarse a este fenómeno, y su identificación permite crear estrategias preventivas enfocadas en ellas.

Resulta necesario sumar esfuerzos para identificar y tratarlas, priorizando la salud mental de las puérperas inmediatas, lo que nos permitirá mejorar el pronóstico personal de cada madre, así como su núcleo familiar y en conclusión a la sociedad conjunta.

CAPÍTULO I

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

1.1 DESCRIPCIÓN DEL PROBLEMA

La depresión es un trastorno de la salud mental que incapacita a las personas en su desarrollo personal y social, mediante un estado de ánimo triste o ausencia de interés o placer por las actividades por periodos de tiempo prolongado (1) . Según la OMS estima que el 5% de la población adulta lo padece, alrededor de 280 millones de personas de la cual más del 50% son mujeres (3).

El embarazo y la maternidad constituyen etapas de alta demanda en las mujeres, siendo comúnmente percibidas como procesos de felicidad personal y familiar. De hecho, existen dos momentos principales que aumentan la vulnerabilidad de sufrir depresión siendo justamente el embarazo y el puerperio (4), ya que existen adaptaciones fisiológicas, psicológicas y sociales, que puede producir trastornos como fatiga, trastornos del sueño, pérdida de la libido, pensamientos ansiosos sobre él bebé, etc. (5). La evaluación de depresión en el periodo prenatal no identificada o tratada va a generar mayor riesgo de desarrollar depresión postparto más adelante. De hecho, el 50% de los episodios de depresión postparto tienen inicio antes del parto (6). Se reporta una prevalencia del 23.4% de mujeres embarazadas en general de los tres trimestres con síntomas depresivos en un estudio realizado en España (7).

La depresión postparto es un trastorno mental afectivo grave, es una de las complicaciones psiquiátricas más frecuentes durante la etapa puerperal. Se informa que la prevalencia de esta condición en mujeres residentes de países con ingresos altos es alrededor del 10%, mientras que en los países de ingresos bajos y medios se reporta aproximadamente el 20% (8), con una media mundial del 15% (9), resultando ser una complicación muy frecuente en la etapa perinatal, ya que de cada siete mujeres, una lo

presenta (10); además, está incluida en el Manual Diagnostico y Estadístico de los Trastornos Mentales, quinta edición (DSM-5), dentro del acápite “trastornos depresivos en el periodo perinatal”. Se relaciona estrechamente con intento de autolesión y lesiones al niño, llegando incluso al filicidio; además, el suicidio constituye dentro de las afecciones mentales como una causa de gran importancia de muerte materna (11).

En Latinoamérica se realizaron varios estudios para estimar la frecuencia de depresión postparto e identificar los factores que puedan estar relacionados. Dentro de los factores relacionados se encontraron los psicosociales, diagnósticos previos de enfermedad mental y factores biológicos. En el Perú, los estudios realizados en esta última década, indican que la depresión postparto tiene similar prevalencia en diferentes fases de la vida, presenta un componente ansioso importante y factores de riesgo psicosociales y biológicos, relacionados a una mayor sensibilidad emocional ante cambios hormonales (12). En ese sentido, se reafirma que es de etiología multifactorial.

En la depresión postparto encontramos alteraciones psicológicas y del patrón biológico, entre ellos se mencionan tristeza, alteraciones del sueño, cansancio, disminución del vínculo con su bebe, sentimiento de incapacidad en su rol de madre. Todo esto regulado también por afectación del eje hipotálamo-hipofisiario-adrenal, encargada de la secreción de la hormona cortisol, cuya elevación está directamente asociada con esta condición y situaciones de estrés (13). Por tal sentido, para su identificación y diagnóstico, se han validado varios instrumentos, siendo la más utilizada la Escala de depresión postparto de Edimburgo (EPDS por sus siglas en ingles). El colegio americano de obstetras y ginecólogos (ACOG) recomienda realizar la evaluación a las pacientes en el periodo puerperal para detectar síntomas depresivos y de ansiedad utilizando herramientas estandarizadas y validadas. Se recomienda a todos los obstetras y ginecólogos y demás proveedores de atención obstétrica, realicen evaluación del estado de ánimo y bienestar emocional, en el proceso de atención integral postparto, para así identificar de manera óptima y dar manejo oportuno(10).

Por lo tanto, la depresión postparto como problema de gran relevancia y ante el escaso estudio en la región Ucayali, siendo además el Hospital Amazónico de Yarinacocha una institución de referencia gineco-obstétrica con alta demanda y al no contar con un programa de tamizaje adecuado, diagnóstico y tratamiento de la depresión postparto, mediante esta investigación se busca identificar la prevalencia de esta enfermedad según los ítems de la escala de Edimburgo así como las características sociodemográficos, obstétricos y datos del recién nacido en pacientes atendidas en el Hospital Amazónico de Yarinacocha que puedan estar relacionados a esta condición.

1.2 FORMULACIÓN DEL PROBLEMA

1.2.1 PROBLEMA GENERAL

¿Cómo se relacionan los factores sociodemográficos, obstétricos y del recién nacido a depresión postparto en las puérperas inmediatas del Hospital Amazónico de Yarinacocha, octubre 2022?

1.2.2 PROBLEMAS ESPECIFICOS

- ¿Cómo se relacionan la edad con depresión postparto en puérperas inmediatas del Hospital Amazónico de Yarinacocha, octubre 2022?
- ¿Cómo se relacionan el estado civil con depresión postparto en puérperas inmediatas del Hospital Amazónico de Yarinacocha, octubre 2022?
- ¿Cómo se relacionan el nivel de instrucción con depresión postparto en puérperas inmediatas del Hospital Amazónico de Yarinacocha, octubre 2022?
- ¿Cómo se relacionan la residencia con depresión postparto en puérperas inmediatas del Hospital Amazónico de Yarinacocha, octubre 2022?

- ¿Cómo se relacionan la ocupación con depresión postparto en puérperas inmediatas del Hospital Amazónico de Yarinacocha, octubre 2022?
- ¿Cómo se relacionan la paridad con depresión postparto en puérperas inmediatas del Hospital Amazónico de Yarinacocha, octubre 2022?
- ¿Cómo se relacionan la planificación del embarazo con depresión postparto en puérperas inmediatas del Hospital Amazónico de Yarinacocha, octubre 2022?
- ¿Cómo se relacionan la vía del parto con depresión postparto en puérperas inmediatas del Hospital Amazónico de Yarinacocha, octubre 2022?
- ¿Cómo se relacionan el trastorno del embarazo con depresión postparto en puérperas inmediatas del Hospital Amazónico de Yarinacocha, octubre 2022?
- ¿Cómo se relacionan el sexo del recién nacido con depresión postparto en puérperas inmediatas del Hospital Amazónico de Yarinacocha, octubre 2022?
- ¿Cómo se relacionan la hospitalización del recién nacido con depresión postparto en puérperas inmediatas del Hospital Amazónico de Yarinacocha, octubre 2022?

1.3. OBJETIVOS DE LA INVESTIGACION

1.3.1 OBJETIVO GENERAL

Determinar la relación entre los factores sociodemográficos, obstétricos y del recién nacido con depresión postparto en las puérperas inmediatas del Hospital Amazónico de Yarinacocha, octubre 2022.

1.3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Determinar la relación entre la edad con depresión postparto en puérperas inmediatas del Hospital Amazónico de Yarinacocha, octubre 2022.

- Determinar la relación entre el estado civil con depresión postparto en puérperas inmediatas del Hospital Amazónico de Yarinacocha, octubre 2022.
- Determinar la relación entre el nivel de instrucción con depresión postparto en puérperas inmediatas del Hospital Amazónico de Yarinacocha, octubre 2022.
- Determinar la relación entre la residencia con depresión postparto en puérperas inmediatas del Hospital Amazónico de Yarinacocha, octubre 2022.
- Determinar la relación entre la ocupación con depresión postparto en puérperas inmediatas del Hospital Amazónico de Yarinacocha, octubre 2022.
- Determinar la relación entre la paridad con depresión postparto en puérperas inmediatas del Hospital Amazónico de Yarinacocha, octubre 2022.
- Determinar la relación entre la planificación del embarazo con depresión postparto en puérperas inmediatas del Hospital Amazónico de Yarinacocha, octubre 2022.
- Determinar la relación entre la vía del parto con depresión postparto en puérperas inmediatas del Hospital Amazónico de Yarinacocha, octubre 2022.
- Determinar la relación entre el trastorno del embarazo con depresión postparto en puérperas inmediatas del Hospital Amazónico de Yarinacocha, octubre 2022.
- Determinar la relación entre el sexo del recién nacido con depresión postparto en puérperas inmediatas del Hospital Amazónico de Yarinacocha, octubre 2022.
- Determinar la relación entre la hospitalización del recién nacido con depresión postparto en puérperas inmediatas del Hospital Amazónico de Yarinacocha, octubre 2022.

1.4. JUSTIFICACIÓN

El puerperio inmediato es el inicio de una etapa en la que inician y desarrollan cambios, adaptaciones y aprendizaje en la mujer. Muchos de estos sobrepasan el estado anímico, sumándose factores socioculturales, familiares y obstétricos, más aún la demanda de cuidados y necesidades de su bebé, generan el impulso que desencadena la sintomatología depresiva.

depresión postparto es uno de los problemas de salud mental de mayor prevalencia, considerándose un problema de salud pública actual. Siendo un problema personal afectivo, este trastorno se ve opacado por la presión social que la convierte enigmáticamente en una etapa de goce y felicidad, aumentando más el problema.

El periodo postparto por ser un proceso adaptativo y lleno de cambios, la madre se encuentra en una situación muy vulnerable y esta se refleja en los esfuerzos de la ACOG implementando un trimestre adicional a los tres ya conocidos, considerando como la etapa postparto o puerperio como el "cuarto trimestre" para así mantener las atenciones, reforzarlas y sumar programas de protección al proceso de adaptación materno, y así poder disminuir la morbimortalidad ya que se reporta que 40% aproximadamente no acuden a sus evaluaciones puerperales y está ligado proporcionalmente a los recursos que posean (14). La depresión postparto presenta escasos estudios en poblaciones rurales en países en vías de desarrollo, como el caso de la selva peruana, la cual es sede de este estudio y representa a la mayoría de las encuestadas. Además de buscar la frecuencia de depresión en las puérperas inmediatas, también se busca encontrar los factores relacionados tanto sociodemográficos, obstétricos y en relación con el recién nacido que puedan aumentar la influencia hacia la enfermedad. Para evaluar a las madres se utilizó la escala de depresión postparto de Edimburgo, validada y ampliamente aplicada en muchos estudios. Al ser este un estudio realizado a las puérperas inmediatas fue necesario evaluarlas lo más pronto posible debido a su estancia hospitalaria corta.

Los beneficiarios de este estudio fueron las puérperas inmediatas del Hospital amazónico de Yarinacocha, que mediante el tamizaje se identificó a aquellas que corrían el riesgo a cursar con depresión postparto. Además, se presenta como responsabilidad a asumir de los profesionales de la salud que están en contacto para que tengan más referencia de esta patología y puedan estar atentos a su presentación. Adicional a ello, en la institución hospitalaria se brinda una base inicial de referencia de esta enfermedad para el desarrollo de programas y así cumplir con sus metas institucionales a disminuir la morbimortalidad de esta población vulnerable, para así evitar consecuencias graves como el suicidio en la puérpera y el filicidio neonatal (11).

El beneficio para la región en donde se realizó el estudio en un contexto de la selva peruana viene a ser el de reconocer el puerperio a la cual no se le da la suficiente atención y seguimiento, adicional a ello sumar esfuerzos en los gobiernos locales para tratar las enfermedades de salud mental. A la comunidad científica se suma una investigación que tiene por población mayoritaria el área rural de la selva amazónica en donde se determina la población de riesgo como grupo vulnerable y a ello se suma la identificación de factores que se relacionan al riesgo de una enfermedad presente infradiagnosticada y no tratada. Además, esta investigación permitirá confrontar los resultados con relación a otras investigaciones de igual índole realizadas en otras instituciones, por lo tanto, podría constituirse en una línea de base para futuras investigaciones.

La depresión postparto no significa una carencia de carácter o personalidad, ni tampoco de debilidad, solo es una complicación que inicia en muchas ocasiones en el embarazo o es consiguiente del parto, por ello es importante realizar la detección precoz y aplicar el manejo inmediato para ayudar así a la madre a controlar sus síntomas y desarrollar un vínculo con su bebe, situación tan importante y determinante para el desarrollo adecuado del niño, más aún en los primeros meses de vida. Es así como resulta muy útil el desarrollo de este trabajo de investigación, ya que las madres representan el pilar primordial en la familia, la sociedad y el desarrollo de un niño sano posteriormente, que son las nuevas generaciones.

CAPITULO II

MARCO TEÓRICO

2.1 ANTECEDENTES DE LA INVESTIGACIÓN

2.1.1 ANTECEDENTES INTERNACIONALES.

Jiménez-Hernández et al. (Colombia, 2020) realizaron una investigación titulada **"Factores asociados a depresión posnatal en puérperas de Antioquia, según escala de Edimburgo"**; donde el objetivo era determinar la prevalencia y los fatores asociados a la Depresión Postparto en Colombia. Se trató de un estudio descriptivo de corte transversal, en el cual registraron 203 mujeres residentes en el departamento de Antioquia – Colombia, quienes tuvieron el parto entre 2017 - 2018 y se les aplicó la escala de Edimburgo hasta los 6 meses luego del parto. Los resultados que se encontraron fueron los siguientes: La mediana de edad de las mujeres estudiadas fue de 25 años, rango intercuartílico (RIQ 21-30 años), El 45,1% viven en zona rural, el 64,5% tuvo un grado de escolaridad como bachiller, el 20,27% presentó puntajes ≥ 10 como indicador probable de depresión postparto (15).

De La A Orta M. (Ecuador 2018) llevó a cabo un estudio titulado **"Factores psicosociales que intervienen en el desarrollo de la depresión posparto en usuarias de 16 a 24 años atendidas en el Centro de Salud No. 3"**, de tipo descriptivo, no experimental, que contó con la participación de una muestra de 100 puérperas, donde se les realizó la escala postnatal, así como de un cuestionario; cuyo objetivo principal fue identificar los factores psicosociales más frecuentes en usuarias con puntaje positivo aplicando la escala de Depresión Postparto de Edimburgo, teniendo como resultados un 85% de depresión postnatal en las puérperas. De estas, el 30% tenían un trabajo, 62% contaba con el apoyo económico de su pareja, 49% tenía el

grado de bachiller y el 30% un estaba cursando la secundaria. Además, el 85% mencionó que el embarazo no fue panificado (16).

Santiago-Sanabria et al (México, 2022). En su estudio titulado: **"Depresión Postparto: Prevalencia y factores de riesgo asociados en una muestra de población mexicana"**. El objetivo de esta investigación fue determinar la prevalencia de depresión postparto en una muestra de población mexicana aplicando la escala de depresión postparto de Edimburgo y los factores de riesgo relacionados con su inicio. Siendo un estudio observacional, transversal, relacional y analítico, aplicando la escala de Edimburgo a puérperas entre los meses de marzo a julio del 2022 en cuatro hospitales de segundo y tercer nivel de México. El resultado de esta investigación fue la siguiente: de las 717 puérperas a las que se aplicó la escala de Edimburgo con punto de corte de 10 puntos para tamizaje, 106 resultaron positivo (14.9%), la edad promedio fue de 26 años (límites de 12 a 46 años), 65% vivían en unión libre, 38% cursó solo preparatoria y 80% tuvo como ocupación principal ser ama de casa. Además, el estado civil soltera resulto ser un factor protector de depresión, mientras que las casadas tenían cierta predisposición a la enfermedad; a mayor grado de educación menor predisposición. En relación con factores obstétricos las variables con mayor significancia fueron: complicaciones en el embarazo actual, cuidados médicos especiales y madres con recién nacidos ingresados a hospitalización neonatal (17).

Çankaya S, Ayşenur Ataş A. (Turquía, 2022). En su estudio titulado: **"Factores que afectan la depresión posparto en mujeres turcas**", se trata de un estudio de tipo descriptivo y transversal, cuya población fueron las madres que acudieron a la clínica ambulatoria pediátrica de un hospital de la facultad de medicina en la ciudad de Konya. Se aplicó la escala de Depresión Postparto de Edimburgo para evaluar la presencia de DPP, así como una ficha de recolección de datos para evaluar los factores asociados. Los

resultados obtenidos mostraron la prevalencia de DPP de un 26.5%. Además, las madres tenían una edad media de 28.9 años (DE 5,7) así como que el 67,9% de las participantes eran amas de casas y la mayoría provenía de familias de ingresos medios y bajos (80,2%). De las madres, el 70,9% tenía educación primaria/secundaria y el 78,4% tenía estructura familiar nuclear. Todas las participantes estaban casada y el 60,4% de las madres vivía en el centro de la ciudad (urbano) (18).

2.1.2 ANTECEDENTES NACIONALES.

Juárez Vásquez, M (Piura, 2022) realizó un estudio titulado: **"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".** Se trató de un estudio no experimental de casos y controles, que evaluó la depresión postparto a las puérperas inmediatas por medio de la escala de depresión postparto de Edimburgo (EDPE). Evaluó a 74 puérperas en cada uno de los grupos de casos y controles, encontrando como factores de riesgos sociodemográficos edad menor de 20 años (OR=1.34, IC9%=1.11-1.52, p=0.004), nivel de instrucción primario (OR=1.76, IC95%=1.06- 2.91, p=0.028) o secundario (OR=1.84, IC95%=1.15-2.94, p=0.011) y de estado civil soltera (OR=2.16, IC95%=1.37-3.43, p=0.001), dentro de los factores obstétricos resaltó la asociación entre enfermedad obstétrica de alto riesgo (p=0.026). Además, la patología neonatal y hospitalización fueron estadísticamente significativos (p=0.003 y p=0.016 respectivamente) (19).

Masías Salinas, Arias Gallegos (**Arequipa, 2018)**. En su estudio titulado: **"Prevalencia de la depresión postparto en Arequipa, Perú".** El objetivo de esta investigación fue determinar la prevalencia de depresión postparto en puérperas de la ciudad de Arequipa. Se trató de un estudio

descriptivo cuya muestra estuvo conformada por 113 madres puérperas (entre los 45 días y las 6 semanas después del parto) que habían hecho sus controles y seguimiento en una posta de salud del distrito de Alto Selva Alegre de la ciudad de Arequipa. Se encontraron los siguientes resultados: 28,31% de las madres eran de estado civil casada, 23% soltera, 47,78% conviviente y el 0,88% divorciada. En cuanto al grado de instrucción, 5,3% tenía estudios primarios, 58,4% estudios secundarios, 8,8% estudio superior técnico y 27,4% estudios universitarios. El parto fue eutócico en el 61,94% y en el 38,05% cesárea. En cuanto a la depresión postparto, se obtuvo una media de 11,3 ± 6,33. El 40,7% no presentaba riesgo de depresión postparto; 14,15% tenía riesgo y 45,13% presentaba síntomas de depresión postparto; También se encontró que el nivel de educación estaba correlacionado negativamente con niveles de depresión posparto, pero no se encontraron diferencias significativas según el tipo de nacimiento o estado civil materno (20).

Correa Dávila M. (Lima, 2022). Realizó un estudio titulado: **"Factores de riesgo asociados a depresión postparto en puérperas atendidas en el Instituto Nacional Materno Perinatal, 2022".** El objetivo de esta investigación fue determinar los factores de riesgo asociados a la depresión postparto en las puérperas atendidas en el Instituto Nacional Materno Perinatal. Este estudio de tipo descriptivo transversal, cuya muestra fue conformada por 300 puérperas. Se utilizó la escala de depresión postparto de Edimburgo más una ficha de recolección de datos, de las cuales se obtuvieron los siguientes resultados: 188 puérperas (67.2%) no evidenció riesgo de depresión postparto, 16 de ellas (5.3%) presentó sospecha para riesgo de depresión postparto y 96 puérperas (32%) presentaron probable depresión. La edad promedio fue de 28.09 años, 42% eran solteras, el 57.7% con estudios superiores y el 42.3% fue ama de casa. Además, el 57% fueron primíparas y el 40.7% la vía de parto fue cesaría. Los factores de riesgo para presentar depresión postparto fueron: Edad entre 18-25 años (RP=1.602 [1.117-2.298]), estado civil soltera/divorciada/viuda (RP=1.728 [1.286 –

2.320]) y la cesárea en el último parto (RP=3.347 [2.405-4.658]); evidenciando que si existen factores de riesgo (21).

Alvares Arce, Y. (Cusco,2022). Realizó un estudio titulado: **"Factores asociados a la depresión postparto en el Hospital de Quillabamba, la Convención 2021-2022"**. El objetivo de esta investigación fue valorar los factores asociados a la depresión postparto en el Hospital de Quillabamba 2021-2022. Siendo un estudio transversal, observacional y prospectivo, aplicando la escala de depresión postparto de Edimburgo a las puérperas inmediatas atendidas desde el mes de abril del 2021 a abril del 2022, así como evaluar las variables sociodemográficas, gineco-obstétricos y factores sociales. Se identificó depresión postparto en un 37.5% con rho de Spearman de 0,978; además la edad, en especial las menores de 20 años con un 49% (rho Spearman 0,763), ser conviviente con un 58.2% (rho de Spearman 0.874), amas de casa con un 48% (rho de Spearman 0,813), las multíparas 63,3% (rho de Spearman de 0,772), presentaron gran cantidad de asociación a la depresión postparto (22).

2.1.3 ANTECEDENTES LOCALES

Delgado Reategui, F. en su estudio realizado en Pucallpa titulado **"Apoyo social, factor protector contra depresión postparto inmediato en el Hospital Regional de Pucallpa en el año 2023".** Esta investigación cuyo objetivo fue demostrar si el apoyo social se manifiesta como un factor protector contra la DPP en puérperas inmediatas. Estudio de tipo transversal, caso control, analítico; cuyo resultado mostró asociación entre apoyo social y DPP; además, identificó 15.1% de frecuencia de depresión postparto en puérperas inmediatas del Hospital Regional de Pucallpa, utilizando la escala de depresión postparto de Edimburgo (EDPE)(23)

Inga Mesías, Y. realizó una investigación titulada: **"Depresión en gestantes y puérperas atendidas en el Hospital Regional de Pucallpa, durante el periodo de junio a julio del 2018".** Se trató de un estudio cuali-cuantitativo, transversal cuyo objetivo fue determinar los síntomas de depresión en las pacientes gestantes y puérperas según la Escala de depresión postparto de Edimburgo (EDPE). Dentro de los resultados en el grupo de puérperas inmediatas se pudo observar que el 86% eran convivientes, 71.4% tenía el grado de instrucción secundaria, 90.1% refirieron ser amas de casa. Además, el 13.2% de las puérperas inmediatas presentó puntaje positivo de depresión postparto(24)

.

2.2 BASES TEÓRICAS

a) Depresión postparto

La depresión que históricamente era llamada "melancolía" ha sido clasificada como parte de los trastornos mentales y fue incluida en el Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales desde su creación en 1952. En ese sentido, la depresión postparto fue catalogada como un subtipo de la depresión mayor incluida en el DSM-IV en el acápite "trastorno depresivo mayor con inicio en el postparto", y actualmente incluida en el DSM-5 clasificada como "trastorno depresivo mayor con inicio en el periparto", ya que las manifestaciones sintomáticas comienzan durante el embarazo, entre un tercio hasta el 50% de las mismas (6,25). En tal sentido, la depresión perinatal es definida como la presencia de síntomas de extrema tristeza, ansiedad y fatiga que dificulta su relación y actividades diarias con su entorno personal y social afectando a mujeres en etapa de embarazo y hasta 12 meses después del parto (26).

Aun no se conoce la causa exacta de la depresión postparto, pero se describen factores hormonales, genéticos y psicoambientales que influyen en el desarrollo del trastorno.

b) Factores de riesgo

Dentro de los factores de riesgo más importantes para el desarrollo de depresión postparto, sin duda son los antecedentes psiquiátricos, de las cuales se encuentran los trastornos depresivos previos, ansiedad, depresión postparto previa y trastornos de personalidad (27). Otros factores atribuidos son aquellos que representaron factores estresantes para la madre, como el abuso físico, psicológico o sexual. Además, el nivel socioeconómico también representa significativamente al riesgo de depresión, de las cuales destaca la educación, los ingresos económicos, el tipo de empleo (28). Dentro de los factores obstétricos destacan los partos prematuros y la posterior hospitalización del recién nacido por comorbilidades subyacentes (27).

La evidencia clínica menciona que el estrés es un factor de riesgo para la depresión postparto. Estudios revelan que la aplicación de corticosterona exógena durante el embarazo o en el puerperio aumentó el comportamiento depresivo de la madre, así como también alteró el cuidado y la atención materna en relación al tiempo compartido y el amamantamiento, también disminuyó la proliferación de células en el hipocampo (29).

Los esteroides neuroactivos como por ejemplo la alopregnanolona, un metabolito de la progesterona es sugerido como factor protector, ya que ejerce efectos ansiolíticos y antidepresivos. Se encontró que niveles reducidos en sangre o líquido cefalorraquídeo estaban asociados a depresión mayor; además, los niveles suelen

aumentar durante el embarazo, y caen abruptamente en el periodo postparto (30,31). Estudios demostraron que niveles reducidos de alopregnanolona se asociaron con el desarrollo de PPD (32).

La genética también juega un rol importante en el riesgo de desarrollar depresión postparto, ya que suele predisponer de enfermedades en varios aspectos. Un estudio reveló que la heredabilidad de padecer PPD es de aproximadamente 50% (33). Por lo tanto, se puede evidenciar la multicausalidad de desarrollar depresión postparto.

c) Principales afectaciones

La depresión postparto no solo repercute en el desarrollo de la madre, sino que también se ven afectados directamente el hijo, y en medida importante también la parea. Por tal razón, es importante su identificación y manejo precoz. En el siguiente apartado se describen las consecuencias y afectaciones que sufre la familia por este trastorno.

- **Padre**

  El rol de los padres es importante en el desarrollo de los hijos ya que representa un factor protector si la madre presenta DPP. Sin embargo, también pueden verse afectados, presentado sintomatología depresiva que se encuentra entre el 2% al 25% y que aumenta hasta el 50% si la madre presenta DPP. Por lo general, es más probable que manifiesten la sintomatología con consumo de sustancias, desinterés por la lactancia y violencia doméstica en contraparte con sentir tristeza respecto a la madre (34), aunque también este presente.

- **Hijos**

Desde el año 2010, la Academia Estadounidense de Pediatría redactó la necesidad de realizar la identificación y diagnóstico de la DPP en la atención primaria pediátrica, enfocándose en el screening en las evaluaciones de niño en la atención primaria a todas las madres(34).

La etapa perinatal concuerda con un periodo trascendental en el desarrollo cerebral del niño y marcará un hito en las relaciones que presenten en la edad adulta(35). Estudios demostraron que en condiciones de vivencia vulnerable, se encontró alteraciones en el desarrollo global, social y del lenguaje en los hijos de madres con DPP, donde el área más afectada fue el del lenguaje(36). Además, el estrés tóxico (definida como exposición constante o prolongada de la respuesta fisiológica al estrés, sin la presencia de una figura de protección) predispone a desarrollar posteriormente estilos de vida poco saludables, dificultades escolares, y posteriormente financiera y mala salud (diabetes, enfermedades cardiovasculares) (37).

Además, la DPP no tratada genera alteración en el desarrollo entre padres e hijos, manifestándose en interrupción de la lactancia, abuso infantil y disfunción de la familia. En casos graves, se puede presentar en suicidio o infanticidio; además, afecta en vínculo y el apego saludable, altera la vivencia del comportamiento del bebé, afecta la sensibilidad, genera comportamiento indiferente o más controladora de la madre para con el hijo, afecta la percepción de la madre sobre la seguridad y salud del hijo. También se describe que posteriormente los niños presenten poco autocontrol, dificultades escolares y de relaciones con sus compañeros, agresión y depresión que puede afectar hasta la adolescencia (34).

Para hablar de la afección del vínculo madre-bebé y apego es importante saber a qué hacen referencia y conocer el impacto de su ausencia. El vínculo se refiere al sentimiento que trasmite la madre, sus emociones e ideas sobre su bebé y como se percibe en su rol de madre; mientras que el apego se refiere a como el bebé representa la relación actual y real que tiene con su madre o con la persona a cargo de él. El primer año luego del nacimiento es muy importante en la formación del vínculo materno, incluso se menciona que la primera semana puerperal es mucho más importante (38). Se pudiera pensar que el trauma del parto puede afectar en mayor proporción el vínculo; sin embargo, estos síntomas postraumáticos relacionados con el nacimiento no mostraron asociación significativa; más si lo mostró la sintomatología depresiva (39). Incluso estudios avalan que los problemas socioemocionales en el niño a los 2 años se asociaron fuertemente a DPP antes y después del nacimiento, demostrando el impacto negativo e independiente en los niños(40).

De igual manera René Splitz describe que la ausencia del cuidado y el cariño materno genera en los bebes (principalmente) y niños síntomas depresivos, denominado depresión anaclítica, presentando llanto excesivo, agitación muy intensa, desesperanza, pérdida del apetito, falta de desarrollo de manera general, y todo sin una causa orgánica aparente. La depresión anaclítica tiene componente reversible, pero pasados los 5 meses de ausencia materna o del cuidador principal se puede llegar al *síndrome de hospitalismo,* condición fatal e irreversible para el niño, llegando a ser mortal(41,42).

d) Diagnóstico

Las mujeres afectadas por este trastorno deben ser evaluadas antes de retirarse del establecimiento, o en sus controles puerperales. La evaluación clínica debe ser completa sin dejar de lado la salud mental. Además, esto nos va a permitir establecer los parámetros de evaluación individualizando a cada una de ellas.

Los criterios diagnósticos de depresión mayor según el DSM-5 son los mismos para evaluar al de depresión con inicio en el periparto y por ende a la depresión postparto, estos incluyen: presentar cinco (o más) de los nueve síntomas con una persistencia por lo menos de dos semanas, incluyendo al menos uno de los dos primeros síntomas referido al estado de ánimo deprimido (criterio 1) o perdida de interés o placer para con las actividades (criterio 2). Además, los síntomas causan malestar clínico significativo en el desarrollo personal, laboral y social; y no es atribuido a efectos de sustancias consumidas (43).

Dentro de los criterios diagnósticos se mencionan, además de los dos anteriores, los siguientes que tienen que estar presente casi todos los días y gran parte de este:

1. Estado de ánimo deprimido, evaluada según interpretación subjetiva (sentimiento de tristeza, vacío) o por terceros(43).
2. Disminución notable del placer o interés de efectuar las actividades o la mayoría de ellas(43).
3. Pérdida o aumento de peso sin dietas, o alteraciones del apetito(43).
4. Alteraciones del sueño (insomnio o hipersomnia)(43).
5. Agitación o retardo psicomotor(43).
6. Fatiga o pérdida de energía(43).
7. Sentimiento de inutilidad o culpabilidad descomunal(43).
8. Disminución de la capacidad de concentración o para tomar decisiones(43).

9. Ideas suicidas recurrentes, intento de suicidio o planificación de este(43).

Es sabido que en esta etapa influyen mucho los factores socioculturales, generando que las madres no comuniquen sus sentimientos y afecciones de manera libre y voluntaria, razón por la cual la pesquisa debe ser implementada en la evaluación antes y después del parto (perinatal), también los síntomas pueden ser confundidos con el proceso de maternidad como la falta de sueño, cansancio, entre otros. Dentro de las herramientas diagnósticas utilizadas para confirmar si existen o no síntomas depresivos en las puérperas se encuentran:

- **La escala de depresión de Edimburgo**, siendo una forma eficaz y la más utilizada para la identificación de riesgo de depresión postparto. Cuenta con 10 ítems que evalúa como se sintió la madre los últimos 7 días, con respuestas que van del 0 al 3, con un máximo de 30 puntos. Las madres cuyo resultado sea 10 o más puntos, o un puntaje mayor a 0 en la pregunta numero 10 (ideación suicida) debe ser evaluada con mayor detenimiento ya que es probable que este sufriendo un episodio depresivo de gravedad variada. Así mismo, esta escala no detecta la madre con neurosis de ansiedad, fobias o algún trastorno de personalidad. Se aplica desde el primer día post parto, incluyendo hasta los 12 meses de nacimiento del bebé (44).
- **La escala de depresión de Montgomery-Asberg**, que evalúa la depresión siendo sensible a los cambios de los síntomas luego del tratamiento, evaluado mediante 10 ítems. Así mismo, se utiliza el **inventario de depresión de Beck**, siendo un test psicométrico que se evalúa mediante 21 ítems la presencia de sintomatología y actitudes depresivas, puntuándose del 1 al 4 con un punto de corte de 10 puntos para establecer cuadros depresivos de diferentes grados de severidad (45,46).

Para una correcta evaluación y llenado de estas herramientas es necesario que la madre se encuentre en un ambiente tranquilo e íntimo, sin la intervención de los familiares u otros allegados, respondiendo de manera clara y lo más sincera posible. Si presenta dificultad con alguna pregunta, el responsable de la misma tiene que aclarar la duda (46).

e) Diagnóstico diferencial:

- **Tristeza o Melancolía Postparto (Blues Postparto**)

Luego de producirse el parto, es normal que estén presentes síntomas como cansancio, falta de sueño, alteraciones del apetito. Muchas de estas condiciones tienen a afectar el acontecimiento de felicidad que significa la llegada de un nuevo ser; pero, hasta el 50% de las mujeres pueden experimentar sentimientos de tristeza de carácter leve en los primeros días postparto, llamado *"blues* o tristeza postparto". Esta condición es autolimitada y de carácter leve que aparece entre el segundo y séptimo día postparto (47).

Su patogenia es desconocida, sin embargo, se asocia a cambios hormonales postnatales que afectan los niveles o actividad de los neurotransmisores. La actuación de la caída abrupta de los estrógenos posterior al parto aumenta la densidad de la enzima monoaminooxidasaA-A, la cual metaboliza neurotransmisores que interfieren en el ánimo como la dopamina, serotonina y noradrenalina, lo que conlleva al estado de tristeza (47).

En el Perú, en un estudio realizado en Lima que evaluó el nivel de riesgo de la tristeza postparto a través de la escala del Blues materno se encontró una frecuencia del 30% de riesgo bajo, 39% nivel de riesgo moderado y 31% riesgo alto. Además, se

evaluó los principales factores de riesgo encontrándose el grupo etario entre 14 y 25 años, nivel de escolaridad con primaria incompleta (40%), estado civil conviviente (57%) e inestabilidad económica. De igual manera, la inseguridad y el temor de no lograr el nacimiento generando momentos estresantes y de poco apoyo emocional (48). El pronóstico es bueno, ya que suele autolimitarse o solo necesitar psicoterapia.

- **psicosis postparto**

La psicosis postparto es un trastorno mental grave, catalogada como una emergencia psiquiátrica que precisa hospitalización de la madre y alejamiento del hijo, ya que puede poner en riesgo su bienestar personal así como también el del bebe por el comportamiento agresivo que presenta (49). El inicio del cuadro psicótico es de rápida instauración, con fluctuaciones variadas incluso en una misma paciente, ocurriendo entre el segundo y tercer día después del parto, con la madre presentando características frecuentes de los eventos psicóticos (delirios, alucinaciones y comportamiento extremadamente desorganizado) (50). Presenta una prevalencia de 1-2 por cada 1000 nacimientos (51). Se describen dentro de los principales factores de riesgo de la psicosis postparto la historia previa de Trastorno bipolar o historia previa de psicosis postparto personal o familiar (51). De hecho, Jones y Craddock encontraron que afectaban al 74% de las puérperas con trastorno bipolar y un familiar directo que tenía psicosis postparto, en contraste con solo el 30% de las puérperas bipolares sin antecedentes familiares (52). Otros factores de riesgo mencionados se encuentran a las primíparas, trastorno bipolar de duración prolongada y edad precoz de instauración de enfermedad (53). Los cambios hormonales puerperales, las complicaciones obstétricas, la falta de sueño y el aumento del estrés ambiental son

posibles factores menores que contribuyen a la aparición del cuadro (54).

El cuadro clínico diagnóstico de presentación suele ser el siguiente: 1. Manía o episodios mixtos (con presencia o no de rasgos psicóticos); 2. Episodios depresivos con rasgos psicótico; y 3. Episodios psicóticos no afectivos (<10% de los casos lo presentan) (55).

Investigaciones concluyen que el litio es el tratamiento más eficaz tanto en el periodo agudo como en el de mantenimiento. Como se mencionó anteriormente, se requiere internación hospitalaria tanto para la seguridad, evaluación y tratamiento adecuado (55).

El pronóstico de las pacientes suele ser bueno para la mayoría de las madres que deriva de una enfermedad bipolar, manifestando que entre el 75% y 86% no presento mayores síntomas después de un episodio único de psicosis postparto. En el caso de psicosis asociada a esquizofrenia se reportó que el 50% permanece sin sintomatología luego del episodio psicótico, menos del 33% presenta recurrencia y solo el 5% tiene cuadros refractarios con numerosas recurrencias en el puerperio y fuera de este (54).

- **Hormonas tiroideas**

La TSH es una hormona neuroendocrina, el cual se ve fluctuante según las actividades y estilos de vida que se presentan. En tal caso, los cambios posturales, la transición sueño-vigilia y la estimulación social son situaciones que se presentan en el periodo postparto y que representan alteraciones de los valores tiroideos. En el postparto se presenta un hipotiroidismo transitorio dentro de

los primeros 6 meses postparto, que en ocasiones se acompañan de sintomatología postparto (56).

Diversos estudios no encontraron asociación entre los niveles de hormonas tiroideas y la depresión postparto, por lo tanto, la evidencia actual es insuficiente para asociar los niveles anormales de TSH con la depresión en el puerperio (56).

- **Anemia**

  La anemia, principalmente la ferropénica está presente en gran medida en la etapa perinatal, siendo una de las comorbilidades más frecuentes. Los síntomas de la anemia generan cansancio, debilidad, mayor sueño, apatía, hipoactividad, entre otros. Además, incrementa la aparición de factores de riesgo ya conocidos de a DPP, ya sea problemas con la lactancia, así como el ánimo y sensación de limitación para el cuidado del niño. Se ha identificado durante el embarazo y el periodo postparto que la anemia actúa como factor de riesgo fisiológico para el desarrollo de depresión postparto. Diversos estudios encontraron asociación entre la anemia en el periodo postparto con el desarrollo de depresión(57). También se menciona que la anemia en el último trimestre desarrolla dos veces más el riesgo de presentar DPP(58). Es importante aclarar que está asociada principalmente con la anemia ferropénica, mas no con la dilucional que es características de los primeros dos trimestres de gestación, razón por la cual se presume no hay asociación.

f) Tratamiento

Luego de haber realizado la evaluación clínica inicial de las pacientes y haber identificado la sintomatología, es importante determinar la gravedad del trastorno, pues de eso depende el abordaje

terapéutico. Para el manejo de la depresión postparto (DPP), se deben considerar medidas generales (en trastornos leves), terapia psicológica y tratamiento farmacológico. En casos de cuadros graves, que presenten riesgo de autolesión o de dañar al bebe o alucinaciones, deben ser referidas de urgencia y ser evaluadas por psiquiatría, así como valorar su hospitalización. También se menciona tratamiento hormonal y lo último del tratamiento vía oral específico de DPP.

- **Medidas generales**

  Es aplicado en pacientes con DPP con sintomatología leve, el cual incluye la psicoeducación, la cual está dirigida en explicar tanto a la paciente como a la familia la situación por la cual está atravesando la madre, comprendiendo que es una afección real, mas no debe ser tomado como derrota o incapacidad. Se recomienda no alterar el ritmo circadiano, pues los trastornos del sueño llegan a ser los detonantes para el desarrollo de DPP. Para ello es aconsejable ayudar a la madre en los cuidados nocturnos del niño, logrando así la mejora de la madre pues se favorece el descanso (59).

- **Psicoterapia**

  Está indicada en aquellas pacientes que no presentes comportamiento suicida (DPP leve-moderado), con menor probabilidad de desarrollar rasgos psicóticos. Además, se realiza de manera ambulatoria y es ideal para madres que dan de lactar, pues están libres de la exposición a medicación antidepresiva hacia el bebé (60).

- **Terapia interpersonal**

  Esta terapia está basada en explorar las relaciones interpersonales problemáticas o situacionales que presenta la paciente para así mejorarlas, las cuales frecuentemente incluyen conflictos conyugales, el proceso de la maternidad, cambios circadianos, entre otros (60).

  Presenta tendencia educacional, ya que es importante dirigir no solo a la paciente, sino también al círculo cercano, pues muchas veces son afectados o interfieren en su desarrollo (61). Es así, que la evidencia de ensayos clínicos muestra que su aplicación sola o en asociación con antidepresivos disminuye el tiempo de la sintomatología de DPP (62).

- **Terapia cognitivo conductual**

  El modelo cognitivo propuesto se basa en que las alteraciones psicológicas están dadas por una distorsión del pensamiento, que afecta en el estado de ánimo y el comportamiento. Los sentimientos no se ven afectadas por las situaciones en sí, sino por cómo es interpretado. Lo que se busca es mediante diversos recursos, cambiar la ideación y creencias del paciente para lograr perdurar el cambio de sus emociones y comportamientos. En promedio se utilizan entre 4 a 14 sesiones, según la necesidad y progreso de cada paciente (63) .

  Estudios demostraron que el tratamiento con TCC y los enfoques conductuales relacionados, con un seguimiento dentro de 1 año, disminuyeron los síntomas de la DPP y aumentaron la probabilidad de remisión en comparación a la atención habitual. En tal sentido, la evidencia sugiere que la TCC mejora la depresión en las puérperas (64).

- **Ejercicio**

  El ejercicio fue implementando en los últimos años como una alternativa terapéutica para la DPP, siendo beneficiosa ya que presenta efectos mínimos adversos, y no es dependiente del personal terapeuta. Un estudio en Australia demostró los beneficios de la actividad física que consistió en pasear a sus hijos en carriolas, mostrando que el 92% de las madres creía que aumentaba su bienestar mental, mientras que el 87% sentía que ayudaba a reducir la DPP (65). Además, los pensamientos negativos sobre como quedó sus cuerpos repercute en sus salud mental y el ejercicio físico ayuda a reducir el peso y tonificar la musculatura, así como también resulta una actividad desestresante (66).

  Está demostrado que la actividad física incrementa los niveles de endorfinas, generando en la madre cierta euforia, representando una de las teorías más aceptadas sobre los resultados positivos psicológicos del ejercicio (66).

- **Farmacoterapia**

  Es importante identificar a las pacientes que necesitan tratamiento medicamentoso, pues los fármacos utilizados tienen un componente que pasa a la leche materna, razón por la que te tiene que evaluar la continuación de la lactancia. El uso de medicación sobre la terapia viene dado por la evaluación, así como que la paciente haya expresado preferencia por medicación o rechaza las intervenciones psicológicas o los síntomas no disminuyen con la psicoterapia; así como también se pueden combinar (67).

  Dentro de los antidepresivos más usados se encuentran los inhibidores de la recaptación de serotonina (ISRS), dentro de los cuales el más empleado es la sertralina, aunque el citalopram esta como otra opción. En el caso de trastornos bipolares, cuando la

evaluación recomienda usar un estabilizador de del estado de ánimo se recomienda el uso de litio (68).

- **Oxitocina**

  La oxitocina es una hormona implicada en la depresión postparto debido a su conocido rol en el parto y la lactancia; también influye en numerosas vías que amortiguan la reactividad al estrés, respaldan el bienestar emocional y promueven conductas prosociales y de vinculación y apego (69); y siguiendo esta noción, se demostró que los niveles de oxitocina durante la lactancia tenían una relación inversa con los síntomas de depresión (70). Sin embargo, con el uso de la oxitocina sintética (exógena), sus efectos no están completamente establecidos si afectan el estado de ánimo postparto en su aplicación en el parto inducido o su manejo activo (69). En tal sentido, un estudio revela que la exposición a oxitocina en el periparto aumento el riesgo de sufrir trastorno depresivo postparto ya sea con antecedente de depresión o sin este (71). Por lo tanto, se pudo observar que la oxitocina no se asocia con mejoras del estado de ánimo como se creería de manera general, además, podría empeorar la depresión postparto en mujeres que lo padecen (31).

- **Tratamiento específico de la DPP**

  En el año 2019 se aprobó el uso del primer medicamento especifico contra la depresión postparto (DPP) (72). Se trata de la brexanolona, medicación administrada por vía endovenosa continua por 60 horas en total (2.5 días). Razón por la cual su administración es hospitalaria. Dentro de los efectos adversos descritos se mencionan pérdida de consciencia y deben ser evaluadas continuamente con oxímetro; además deben permanecer en las interacciones con la presencia sus hijos.

Además, presenta un sobrecosto en la atención de mujeres con DPP que lo hace poco accesible(73).

El 4 de agosto del 2023, la Administración de alimentos y medicamentos de los Estados Unidos (FDA), aprobó el uso de la **zuranolona** siendo el primer medicamento de administración vía oral para el tratamiento de DPP. Se trata de un esteroide neuroactivo, cuyo mecanismo de acción se presenta al modular positivamente los receptores GABAa, de forma sináptica y extrasináptica. Fue diseñada siguiendo el patrón farmacológico de un esteroide neuroactivo pues presenta el perfil farmacocinético de administración 1 sola vez al día (74). La eficacia del medicamento fue puesto en evidencia en dos estudios aleatorizados, en mujeres que presentaron sintomatología grave, recibiendo zuranolona por 14 días y luego siendo evaluadas hasta después de 4 semanas, demostrando así una mejora significativa en sus síntomas referente a las que solo recibieron placebo (75,76).

El colegio estadounidense de Obstetras y Ginecólogos (ACOG) recomienda evaluar el uso de la zuranolona dentro de los 12 meses postparto para los síntomas de depresión que aparecen en el último trimestre de gestación o dentro del primer mes de puerperio, siempre evaluando riesgo-beneficio sobre su uso(77).

Dentro de los efectos adversos reportados se encuentran somnolencia, diarrea, mareos, fatiga, ideación suicida. Es importante evitar la gestación por potencial daño al feto. La posología recomendada es de 50 mg, una dosis diaria por 2 semanas(75).

g) Prevención

En vista de que la depresión postparto es considerada como un problema de salud pública, actualmente se viene incorporando ensayos dentro de algunas instituciones de Europa, que buscan acompañar a la madre en toda la etapa perinatal (desde el primer trimestre de embarazo hasta el año después del parto). Las madres comunicaron su satisfacción por el soporte emocional brindado, estando comunicadas incluso por vía virtual. También destacan la visita previa a sala de parto y dilatación. Estos programas generan expectativas valiosas en la atención primaria de las madres, pues se encontró que aceptan el proceso de embarazo y puerperio con más ilusión y menos sintomatología depresiva. Además, todos estos esfuerzos se traducen que, con un coste mínimo, se logra disminuir los síntomas a corto y largo plazo, generando un ahorro para las instituciones en general, pues evitan los tratamientos prolongado y costosos (78). De igual manera en Chile se aplican protocolos de atención para gestantes y puérperas con el fin de identificar a aquellas madres que presenten riesgo y brindar el soporte necesario y oportuno (44,79).

2.3 DEFINICIÓN DE TÉRMINOS BÁSICOS

Depresión: Trastorno de la esfera mental la cual existe ánimo depresivo o tristeza junto con pérdida del interés o placer por las actividades casi todo el día o todos los días, por un periodo de al menos dos semana (43).

Depresión postparto: Es la presencia de síntomas de extremada tristeza, fatiga y ansiedad que altera su relación y actividades diarias con su entorno personal y social incapacitando a mujeres en el periodo postparto hasta incluso doce meses después(11).

Puerperio: Es la etapa que se encuentra inmediatamente después del alumbramiento hasta la normalización progresiva de los cambios ocurridos en la gestación, o sea hasta las 6 semanas (42 días) aproximadamente. Presenta las siguientes etapas (79):

- Puerperio inmediato; se refiere a las primeras 24 horas luego del alumbramiento.
- Puerperio mediato; que comprende desde el segundo día hasta el séptimo día, el cual empiezan los procesos involutivos.
- Puerperio tardío; ocurrido desde el séptimo día hasta la 6ta semana (42 días).

2.4 HIPÓTESIS

A. HIPÓTESIS GENERAL

Hi: Existe relación entre los factores sociodemográficos, obstétricos y del recién nacido con depresión postparto en puérperas inmediatas del Hospital Amazónico de Yarinacocha, octubre 2022.

Ho: No existe relación entre los factores sociodemográficos, obstétricas y del recién nacido con depresión postparto en puérperas inmediatas del Hospital Amazónico de Yarinacocha, octubre 2022.

B. HIPÓTESIS ESPECIFICAS

- **Ha1:** Existe relación entre la edad con depresión postparto en puérperas inmediatas del Hospital Amazónico de Yarinacocha, octubre 2022.
- **Ho1:** No existe relación entre la edad con depresión postparto en puérperas inmediatas del Hospital Amazónico de Yarinacocha, octubre 2022.

- **Ha2:** Existe relación entre el estado civil con depresión postparto en puérperas inmediatas del Hospital Amazónico de Yarinacocha, octubre 2022.
- **Ho2:** No existe relación entre el estado civil con depresión postparto en puérperas inmediatas del Hospital Amazónico de Yarinacocha, octubre 2022.

- **Ha3:** Existe relación entre el nivel de instrucción con depresión postparto en puérperas inmediatas del Hospital Amazónico de Yarinacocha, octubre 2022.
- **Ho3:** No existe relación entre el nivel de instrucción con depresión postparto en puérperas inmediatas del Hospital Amazónico de Yarinacocha, octubre 2022.

- **Ha4:** Existe relación entre la residencia con depresión postparto en puérperas inmediatas del Hospital Amazónico de Yarinacocha, octubre 2022.
- **Ho4:** No existe relación entre la residencia con depresión postparto en puérperas inmediatas del Hospital Amazónico de Yarinacocha, octubre 2022.

- **Ha5:** Existe relación entre la ocupación con depresión postparto en puérperas inmediatas del Hospital Amazónico de Yarinacocha, octubre 2022.
- **Ho5:** No existe relación entre la ocupación con depresión postparto en puérperas inmediatas del Hospital Amazónico de Yarinacocha, octubre 2022.

- **Ha6:** Existe relación entre la paridad con depresión postparto en puérperas inmediatas del Hospital Amazónico de Yarinacocha, octubre 2022.

- **Ho6:** No existe relación entre la paridad con depresión postparto en puérperas inmediatas del Hospital Amazónico de Yarinacocha, octubre 2022.

- **Ha7:** Existe relación entre la planificación del embarazo con depresión postparto en puérperas inmediatas del Hospital Amazónico de Yarinacocha, octubre 2022.
- **Ho7:** No existe relación entre la planificación del embarazo con depresión postparto en puérperas inmediatas del Hospital Amazónico de Yarinacocha, octubre 2022.

- **Ha8:** Existe relación entre la vía del parto con depresión postparto en puérperas inmediatas del Hospital Amazónico de Yarinacocha, octubre 2022.
- **Ho8:** No existe relación entre la vía del parto con depresión postparto en puérperas inmediatas del Hospital Amazónico de Yarinacocha, octubre 2022.

- **Ha9:** Existe relación entre el trastorno del embarazo con depresión postparto en puérperas inmediatas del Hospital Amazónico de Yarinacocha, octubre 2022.
- **Ho9:** No existe relación entre el trastorno del embarazo con depresión postparto en puérperas inmediatas del Hospital Amazónico de Yarinacocha, octubre 2022.

- **Ha10:** Existe relación entre el sexo del recién nacido con depresión postparto en puérperas inmediatas del Hospital Amazónico de Yarinacocha, octubre 2022.
- **Ho10:** No existe relación entre el sexo del recién nacido con depresión postparto en puérperas inmediatas del Hospital Amazónico de Yarinacocha, octubre 2022.

- **Ha11:** Existe relación entre la hospitalización del recién nacido con depresión postparto en puérperas inmediatas del Hospital Amazónico de Yarinacocha, octubre 2022.
- **Ho11:** No existe relación entre la hospitalización del recién nacido con depresión postparto en puérperas inmediatas del Hospital Amazónico de Yarinacocha, octubre 2022.

2.5 VARIABLES DE ESTUDIO

2.5.1 Variable 1

Depresión postparto

2.5.2 Variables 2

Factores relacionados:

- Sociodemográficos:
  - Edad, estado civil, nivel de instrucción, residencia y ocupación.

- Obstétricos:
  - Paridad, planificación de embarazo, vía de parto y trastorno del embarazo.

- Recién nacido:
  - Sexo y hospitalización del neonato.

TABLA 01.

OPERACIONALIZACIÓN DE LAS VARIABLES

VARIABLE	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DEFINICIÓN OPERACIONAL	INDICADOR	TIPO DE VARIABLE / ESCALA	INSTRUMENTO DE MEDICIÓN
Depresión Postparto	Síntomas de depresión que se manifiestan luego del parto y hasta el año.	Evaluación de síntomas depresivos en las madres a través de la escala de Edimburgo.	≥ 10: depresión postparto < de 10: sin depresión postparto	Cualitativa / Nominal	Escala de Depresión Postparto de Edimburgo
CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS					
Edad	Tiempo en años trascurrido desde el nacimiento de un individuo	Número de años desde contados desde el nacimiento.	Edad en años	Cuantitativa / Razón.	Ficha De Recolección De Datos.
Estado Civil	Unión social y/o legal que reúne una pareja para la convivencia.	Categoría social y/o legal registrada en la evaluación de la paciente.	Soltera Conviviente Casada Divorciada	Cualitativa / Nominal	Ficha De Recolección De Datos.
Nivel De Instrucción	Grado educacional de estudios más alto alcanzado.	Categorizado según la manifestación del grado más alto de formación académica.	Primaria Incompleta Primaria Completa Secundaria Incompleta Secundaria Completa Superior	Cualitativa / Ordinal	Ficha De Recolección De Datos.
Residencia	Ubicación geográfica del hogar donde se habita.	Relacionada a la dirección física del hogar en relación con la actividad, cultura, dimensión poblacional, etc.	Urbano Rural	Cualitativa / Nominal	Ficha De Recolección De Datos.

Ocupación	Actividad o rol que desempeña un individuo dentro de la sociedad.	Tipo de actividad que realiza cotidianamente manifestada en su evaluación.	Ama De Casa Dependiente Independiente Estudiante	Cualitativa / Nominal	Ficha De Recolección De Datos.
CARACTERÍSTICAS OBSTÉTRICAS					
Paridad	Manifestada por la cantidad de embarazos llevados a término en la madre.	Caracterización de la frecuencia de partos de la mujer, dividida en dos grupos generales.	Primípara Multípara	Cualitativa / Nominal	Ficha De Recolección De Datos.
Planificación Del Embarazo	Toma de decisión informada sobre la cantidad y circunstancias para tener hijos.	Presencia o ausencia sobre la decisión planificada sobre las condiciones para tener hijos.	No Si	Cualitativa / Nominal	Ficha De Recolección De Datos.
Vía De Parto	Situación mediante el cual se termina la gestación y se entrega al bebé.	Categorizada por dos vías finales del término de embarazo.	Vaginal Cesárea	Cualitativa / Nominal	Ficha De Recolección De Datos.
Trastorno Del Embarazo	Complicaciones medicas que ocurren durante el periodo gestacional.	Definido por la presencia o ausencia de los de enfermedades en la gestación.	Si No	Cualitativa / Nominal	Ficha De Recolección De Datos.
CARACTERÍSTICAS DEL RECIÉN NACIDO					
Sexo	Características físicas y fisiológicas manifestadas	Determinado por los rasgos biológicos manifiestos	Femenino Masculino	Cualitativa Nominal	Ficha De Recolección De Datos.
Hospitalización	Admisión de pacientes en un ambiente hospitalario para recibir tratamiento médico	Presencia o ausencia de ingreso a un ambiente hospitalario neonatal.	Si No	Cualitativa Nominal	Ficha De Recolección De Datos.

CAPÍTULO III

METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN

3.1 METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN

3.1 ÁMBITO DE ESTUDIO

El estudio se llevó a cabo en el área de gineco-obstetricia, en las áreas de alojamiento conjunto y hospitalización post cesárea del Hospital Amazónico de Yarinacocha, en el mes de octubre del año 2022.

3.2 TIPO DE INVESTIGACIÓN

La investigación es de tipo cuali-cuantitativa puesto que se utilizó analítica estadística de ambos tipos. Los datos pueden ser medidos; posteriormente son ordenados y analizados mediante frecuencias, porcentajes y pruebas estadísticas.

3.3 NIVEL DE INVESTIGACIÓN

Correlacional, no experimental, ya que se tomará el resultado de las variables obtenidas mediante la encuesta y se buscará si existe asociación entre ellas.

3.4 MÉTODO DE INVESTIGACIÓN

El método aplicado fue de tipo deductivo.

3.5 DISEÑO DE INVESTIGACIÓN

- Transversal; puesto que los datos de interés fueron obtenidos en un tiempo determinado y en una población especifica.
- Descriptivo, ya que se muestra las características de la población estudiada.
- Correlacional, ya que se pretende mostrar si las variables presentan asociación o relación entre ellas.

3.6 POBLACIÓN, MUESTRA, MUESTREO

3.6.1 POBLACIÓN: la población del presente estudios fueron las puérperas inmediatas que se atendieron en el servicio de gineco-obstetricia del Hospital Amazónico de Yarinacocha, las cuales tuvieron un parto por vía vaginal o cesaría, cuyo parto fuese intrahospitalario.

3.6.2 MUESTRA: puérperas inmediatas que aceptaron participar y que cumplían con los criterios de inclusión y exclusión durante el mes de octubre del año 2022, resultando en 109.

3.6.3 MUESTREO: no se realizó muestreo probabilístico, sino que se utilizó un muestreo no probabilístico intencional y propositivo.

Criterios de inclusión:

- Puérperas de todas las edades que se encuentren dentro de las primeras 24 horas de parto vía vaginal o abdominal en el mes de octubre del año 2022.
- Puérperas inmediatas cuyo parto sea intrahospitalario.

- Puérperas inmediatas que acepten participar de forma voluntaria en el trabajo de investigación.
- Puérperas inmediatas que hayan firmado el consentimiento informado para la obtención de los datos brindados.
- Puérperas inmediatas cuyos hijos sean reportados como nacidos vivos.

Criterios de exclusión:

- Puérperas inmediatas con diagnóstico de depresión durante el embarazo o anterior a este.
- Puérperas inmediatas con diagnóstico de algún trastorno psiquiátrico con medicación.
- Puérperas inmediatas con dificultad en el entendimiento del castellano o para leer y escribir.
- Puérperas inmediatas que no hayan llenado completamente la encuesta o ficha de datos.

3.7 TÉCNICAS E INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS

En este estudio se utilizó como instrumento de tamizaje la escala de depresión postparto de Edimburgo (EDPE) (anexo 4). Es una escala ampliamente validada y traducida, incluyendo el Perú (80). Esta escala se creó para ser utilizada para ayudar a la detección de las madres que presentan depresión postparto, utilizado principalmente como herramienta de despistaje más no de diagnóstico. La EDPE es una prueba auto aplicada que usualmente es completada en menos de 5 minutos, que manifiesta como se sintió en los últimos 7 días y consta de 10 ítems, que presenta 4 posibles respuestas con puntuaciones de 0 a 3 puntos, según la gravedad de

los síntomas, resultando al final un puntaje que va desde 0 a 30 puntos. Los ítems 1; 2 y 4 se puntúan del 0 a 3, mientras que el resto lo hacen en orden inverso (3;2;1 y 0 puntos) Se aplica principalmente en el periodo postparto, pues las escalas convencionales para depresión pueden aumentar las manifestaciones que pueden ser normales es esta etapa, generando así confusión. Sin embargo, actualmente la EDPE esta validada para ser usada en todo el periodo perinatal (12,81).

La estructura de la escala corresponde a tres partes, que evalúa diferentes sintomatologías: anhedonia, que se refleja en los ítems 1 y 2; ansiedad, evaluados en los ítems del 3 al 6 y depresión que se observa desde el ítem 7 al 10; incluyendo ideación suicida (ítem 10)(12).

Al obtener una puntuación mayor o igual a 10 puntos manifiesta el riesgo de depresión, mas no su gravedad, presentado una sensibilidad del 79% y especificidad del 95.5% de su versión en español. Cualquier respuesta mayor a 0 para el ítem 10 indica siempre realizar evaluaciones adicionales(79). No remplaza la evaluación clínica, más bien la complementa(83).

Para la recolección de los factores relacionados se utilizó una ficha de recolección de datos simple (anexo 3), compuesta por datos sociodemográficos (edad, estado civil, nivel de instrucción, residencia y ocupación), obstétricos (paridad, planificación del embarazo, vía de parto y trastorno del embarazo) y del recién nacido (sexo, hospitalización del recién nacido) que permitieron conocer las características de las puérperas inmediatas del Hospital Amazónico de Yarinacocha. Además, al inicio de toda la evaluación, fue necesario informar y solicitar el consentimiento de obtención de los datos.

3.8 PROCEDIMIENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS

En primer lugar, la presente investigación contará con la aprobación del comité institucional de ética en Investigación de la Universidad Nacional de Ucayali, así como la firma de la declaración jurada de confidencialidad de la información obtenida por parte de la investigadora. Posteriormente, se solicitará el permiso pertinente al director del Hospital Amazónico de Yarinacocha y al jefe del servicio de Ginecoobstetricia (anexo 5). Teniendo la autorización correspondiente, se acudirá al área de alojamiento conjunto y se explicará a las encuestadas la intención del estudio para así tener el consentimiento informado tanto verbal como escrito (firmado) de su participación (anexo 2), presentando así la ficha de recolección de datos que incluye información sociodemográfica, obstétrica y del recién nacido (anexo 3) y la Escala de depresión postparto de Edimburgo (anexo 4) a todas las madres que estén dentro de los criterios de inclusión.

Una vez obtenido los datos, se les agradecerá por ser parte de la investigación, se evaluará el completado adecuado de los datos con total confidencialidad y se organizará la información en bases de datos para su posterior interpretación y análisis.

3.9 TÉCNICAS DE PROCESAMIENTO Y ANÁLISIS DE DATOS

La presente investigación se desarrollará con respecto al análisis cuantitativo representadas como frecuencias absolutas y porcentajes, así como para la subvariable edad se aplicará medidas de tendencia central (promedio, mediana) y dispersión (rango).

Con respecto al análisis bivariado se determinó la asociación con la prueba chi cuadrado. Se consideró estadísticamente

significativo un valor de $p < 0.05$ y un intervalo de confianza del 95%. Para establecer cuanta intensidad presentan en asociación se manejó el coeficiente de punto biserial para medir la asociación entre las variables continuas vs nominales dicotómicas y Rho de Spearman a las variables cualitativas que presentaron asociaciones significativas.

Para la recolección y ordenamiento de datos se utilizó una hoja de datos de Microsoft EXCEL Versión 2312, y el análisis estadístico se utilizará un programa estadístico, la cual culminará con presentación de los datos en tablas de porcentajes, doble entrada, gráficos e indicadores.

3.10 ÉTICA DE INVESTIGACION

Para la realización de este trabajo de investigación se contó con la aprobación del comité institucional de ética e Investigación de la Universidad Nacional de Ucayali. Al momento de la recolección de datos no se pidió los nombres de las participantes ni otro tipo de documento de identidad, así como la confidencialidad de los datos y su uso responsable; además, se contó con la autorización del consentimiento informado tanto verbal como escrito (firma) para la recolección de datos. En caso de las puérperas menores de edad se solicitó la autorización a sus padres o tutores. De igual manera, la autora firmó una la declaración jurada sobre el manejo de datos manifestando que serán totalmente utilizados para el propósito de la investigación (anexo1).

Si Ud. tiene algún tipo de duda sobre la metodología o tipo de recolección puede contactarse con la investigadora principal: Levy Rios Ivana Celeste (Bachiller en Medicina Humana).

CAPITULO IV:

RESULTADOS Y DISCUSIÓN

4.1 PRESENTACIÓN DE RESULTADOS

En la tabla 02 se muestra una población estudiada de 109 mujeres puérperas inmediatas del Hospital Amazónico de Yarinacocha durante el mes de octubre del año 2022. Las pacientes que obtuvieron de DPP al obtener 10 o más puntos en la Escala de Depresión Postparto de Edimburgo (EDPE) fueron 18 que representa el 16.5%, mientras las que no tuvieron depresión fueron 91, siendo el 83.5%. Las encuestadas tuvieron edades desde los 13 años hasta los 43 años, con un promedio de 26.06 años. El estado civil más frecuente fue el de conviviente con el 44%; la mayoría solo curso secundaria completa con un 42.2%, de residencia rural en un 61.5%, y el 67% fueron amas de casa. Dentro de las características obstétricas 67% eran multíparas, 57.8% manifestaron haber planificado su embarazo, finalizaron la gestación con parto vaginal en un 54.1% y 64.2% no presentó ningún trastorno en su embarazo. Con respecto a las características del recién nacido, 56.9% fueron varones y solo el 10.1% de todos los recién nacidos necesitó hospitalización.

TABLA 02.

CARACTERÍSTICA DE DPP Y FACTORES RELACIONADOS EN PUÉRPERAS INMEDIATAS DEL HOSPITAL AMAZÓNICO DE YARINACOCHA, OCTUBRE 2022.

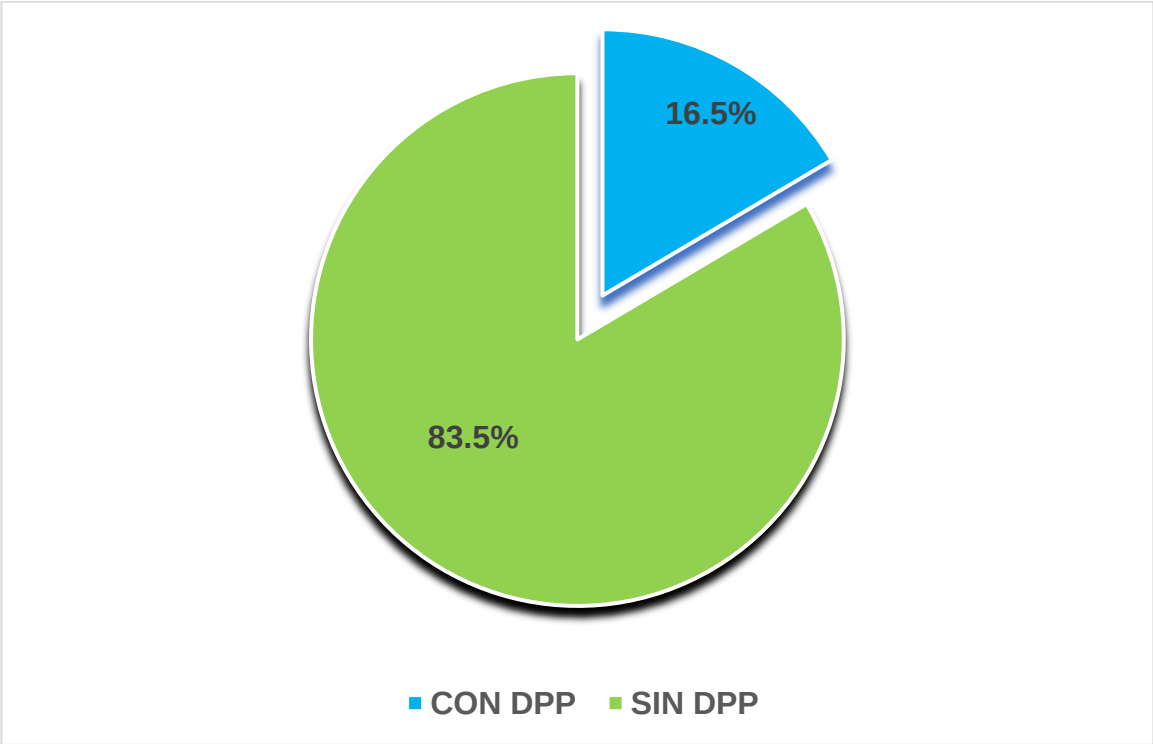
VARIABLES	DIMENSIONES	VALOR	FRECUENCIA (N)	PORCENTAJES %
DEPRESIÓN POSTPARTO (Escala de Edimburgo)	SI HAY RIESGO	≥ 10: depresión postparto	18	16.50%
	NO HAY RIESGO	< de 10: sin depresión postparto	91	83.50%
	TOTAL		**109**	**100%**
EDAD	MEDIA		26.06	
	MODA		18	8.30%
	RANGO		30	
	MÍNIMO		13	
	MÁXIMO		43	
ESTADO CIVIL	SOLTERA		34	31.20%
	CONVIVIENTE		48	44%
	CASADA		23	21.10%
	DIVORCIADA		4	3.70%
	TOTAL		**109**	**100%**
GRADO DE INSTRUCCIÓN	SUPERIOR		14	12.80%
	SECUNDARIA COMPLETA		46	42.20%
	SECUNDARIA INCOMPLETA		31	28.40%
	PRIMARIA COMPLETA		15	13.80%
	PRIMARIA INCOMPLETA		3	2.80%
	TOTAL		**109**	**100%**
LUGAR DE RESIDENCIA	RURAL		67	61.50%
	URBANO		42	38.50%
	TOTAL		**109**	**100%**
OCUPACIÓN	AMA DE CASA		73	67%
	INDEPENDIENTE		17	15.60%
	DEPENDIENTE		14	12.80%
	ESTUDIANTE		5	4.60%
	TOTAL		**109**	**100%**
PARIDAD	PRIMIPARA		36	33%
	MULTIPARA		73	67%
	TOTAL		**109**	**100%**

PLANIFICACIÓN DEL EMBARAZO	SI	63	57.80%
	NO	46	42.20%
	TOTAL	**109**	**100%**
VIA DEL PARTO	CESÁREA	50	45.90%
	VAGINAL	59	54.10%
	TOTAL	**109**	**100%**
TRASTORNO DEL EMBARAZO	SI	39	35.80%
	NO	70	64.20%
	TOTAL	**109**	**100%**
SEXO	MASCULINO	62	56.90%
	FEMENINO	47	43.10%
	TOTAL	**109**	**100%**
HOSPITALIZACIÓN DEL RN	SI	11	10.10%
	NO	98	89.90%
	TOTAL	**109**	**100%**

Fuente: Base de datos de la investigación.

FIGURA 01

FRECUENCIA DE DEPRESIÓN SEGÚN LA ESCALA DE DEPRESIÓN POSTPARTO DE EDIMBURGO EN PUÉRPERAS INMEDIATAS DEL HOSPITAL AMÁZONICO DE YARINACOCHA, OCTUBRE 2022.



Fuente: Base de datos de la investigación.

CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS

TABLA 03.

RELACIÓN ENTRE EDAD CON DEPRESIÓN POSTPARTO EN PUÉRPERAS INMEDIATAS DEL HOSPITAL AMAZÓNICO DE YARINACOCHA, OCTUBRE 2022

VARIABLES	DIMENSIONES	DPP - ESCALA DE EDIMBURGO			CHI-CUADRADO		PUNTO BISERIAL	
		SI	NO	TOTAL	X_2	p	rpb	p
EDAD	años	18 16.5%	91 83.5%	109 100%	41.44	0.049	-0,203	0,035

FUENTE: BASE DE DATOS DE LA INVESTIGACIÓN

Interpretación: Se observa que la variable edad presenta relación con la variable Depresión según la Escala de Depresión Postparto de Edimburgo (EDPE), pues se obtuvo valor *chi2* = 41.443; valor p 0,040 (p<0,05). Además, se midió el coeficiente de correlación mediante la prueba estadística punto biserial (rpb) el cual se interpreta según el valor: +1 indica fuerte relación positiva, -1 fuerte correlación negativa y 0 ninguna asociación. Se obtuvo un resultado de -0,203 el cual indica una correlación inversa baja entre las dos variables; es decir, a menor edad mayor depresión postparto. Se observa además un valor p 0,035 (p<0,05) siendo estadísticamente significativo. Este resultado nos permite rechazar la hipótesis nula planteada.

TABLA 04

RELACIÓN ENTRE EL ESTADO CIVIL CON DEPRESIÓN POSTPARTO EN PUÉRPERAS INMEDIATAS DEL HOSPITAL AMAZÓNICO DE YARINACOCHA, OCTUBRE 2022

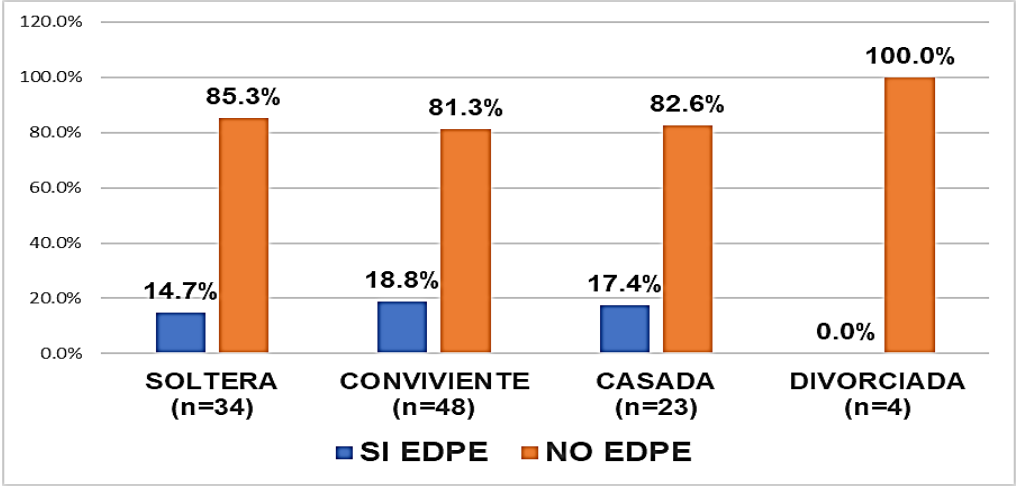
VARIABLES	DIMENSIONES	DPP - ESCALA DE EDIMBURGO			CHI-CUADRADO	
		SI	NO	TOTAL	X_2	p
ESTADO CIVIL	SOLTERA	5 14.7%	29 85.3%	34 100.0%	1,059	0.787
	CONVIVIENTE	9 18.8%	39 81.3%	48 100.0%		
	CASADA	4 17.4%	19 82.6%	23 100.0%		
	DIVORCIADA	0 0.0%	4 100.0%	4 100.0%		
	TOTAL	**18 16.5%**	**91 83.5%**	**109 100%**		

FUENTE: BASE DE DATOS DE LA INVESTIGACIÓN

Interpretación: La tabla 04 muestra los resultados del estado civil en relación con depresión postparto. Se observa que en la dimensión solteras estuvo compuesta por 34 puérperas inmediatas, de las cuales el 14.7% (n=5) presentó DPP y el 85.3% (n=29) no presentó depresión. 48 de las puérperas fue conviviente, el 18.8% (n=9) presentó DPP y el 81.3% (n=39) no presentó DPP. La dimensión de casadas estuvo compuesta por 23 puérperas, 17.4% (n=4) presentaron DPP, mientras que el 82.6%(n=19) no presentó DPP. Finalmente, se estudió a 4 puérperas que manifestaron ser divorciadas, y ninguna presentó DPP. Así mismo, se puede observar que la variable estado civil no muestra relación con presentar depresión según la Escala de Depresión Postparto de Edimburgo (EDPE), ya que se obtuvo valor de *chi2* = 1.059; valor p 0.787 (p>0,05). Este resultado nos permite no rechazar la hipótesis nula planteada en la investigación.

FIGURA 02

RELACIÓN ENTRE EL ESTADO CIVIL CON DEPRESIÓN POSTPARTO EN PUÉRPERAS INMEDIATAS DEL HOSPITAL AMAZÓNICO DE YARINACOCHA, OCTUBRE 2022.



Fuente: base de datos de la investigación.

TABLA 05

RELACIÓN ENTRE EL GRADO DE INSTRUCCIÓN CON DEPRESIÓN POSTPARTO EN PUÉRPERAS INMEDIATAS DEL HOSPITAL AMAZÓNICO DE YARINACOCHA, OCTUBRE 2022.

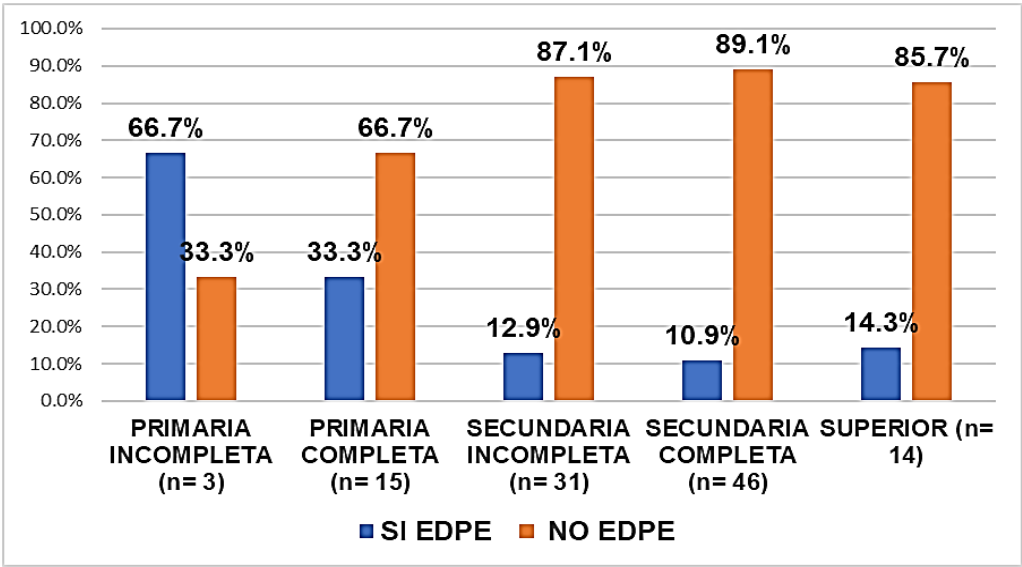
VARIABLES	DIMENSIONES	DPP - ESCALA DE EDIMBURGO			CHI-CUADRADO		RHO DE SPEARMAN	
		SI	NO	TOTAL	X^2	p	r_s	p
GRADO DE INSTRUCCIÓN	PRIMARIA INCOMPLETA	2 66.70%	1 33.30%	3 100.00%	9,958	0.041	-0.189	0.05
	PRIMARIA COMPLETA	5 33.30%	10 66.70%	15 100%				
	SECUNDARIA INCOMPLETA	4 12.90%	27 87.10%	31 100%				
	SECUNDARIA COMPLETA	5 10.90%	41 89.10%	46 100%				
	SUPERIOR	2 14.30%	12 85.70%	14 100%				
	TOTAL	**18** **16.50%**	**91** **83.50%**	**109** **100%**				

FUENTE: BASE DE DATOS DE LA INVESTIGACIÓN

Interpretación: En la tabla 05 se muestra los resultados del grado de instrucción de las puérperas en relación con depresión postparto. Las puérperas que presentaron primaria incompleta fueron 3, de las cuales 66.7% (n=2) presentó riesgo de DPP, mientras que el 33.3% (n=1) no presentó riesgo. La dimensión de primaria completa estuvo compuesta por 15 madres, entre ellas el 33.3% (n=5) presentó riesgo de DPP, mientras que el 66.7% (n=10) no lo presentó. 31 puérperas manifestaron cursar secundaria incompleta, entre ellas, 12.9% (n=4) presentó riesgo de DPP y no presentaron riesgo el 87.1% (n=27). Así mismo, 46 madres culminaron secundaria, con riesgo de DPP entre ellas del 10.9% (n=5) y 89.1% (n=41) no. Finalmente, de las 14 puérperas inmediatas que se instruyeron a nivel superior, solo el 14,3% (n=2) reflejo depresión, a diferencia del 85.7% (n=12) que no presentó depresión postparto. De igual manera, se encontró asociación entre la variable Grado de instrucción con respecto a depresión según la Escala de Depresión Postparto de Edimburgo (EDPE), ya que el valor fue X^2=9,958; valor p=0,041 (p<0,05). Además, se midió la intensidad de la relación por medio de Rho de Spearman obteniendo un valor de -0.189, valor p de 0.05, el cual identifica correlación inversa muy baja. Este resultado nos permite rechazar la hipótesis nula planteada en la investigación.

FIGURA 03

RELACIÓN ENTRE EL GRADO DE INSTRUCCIÓN CON DEPRESIÓN POSTPARTO EN LAS PUÉRPERAS INMEDIATAS DEL HOSPITAL AMAZÓNICO DE YARINACOCHA, OCTUBRE 2022.



Fuente: base de datos de la investigación.

TABLA 06

RELACIÓN ENTRE LUGAR DE RESIDENCIA CON DEPRESIÓN POSTPARTO EN PUÉRPERAS INMEDIATAS DEL HOSPITAL AMAZÓNICO DE YARINACOCHA, OCTUBRE 2022.

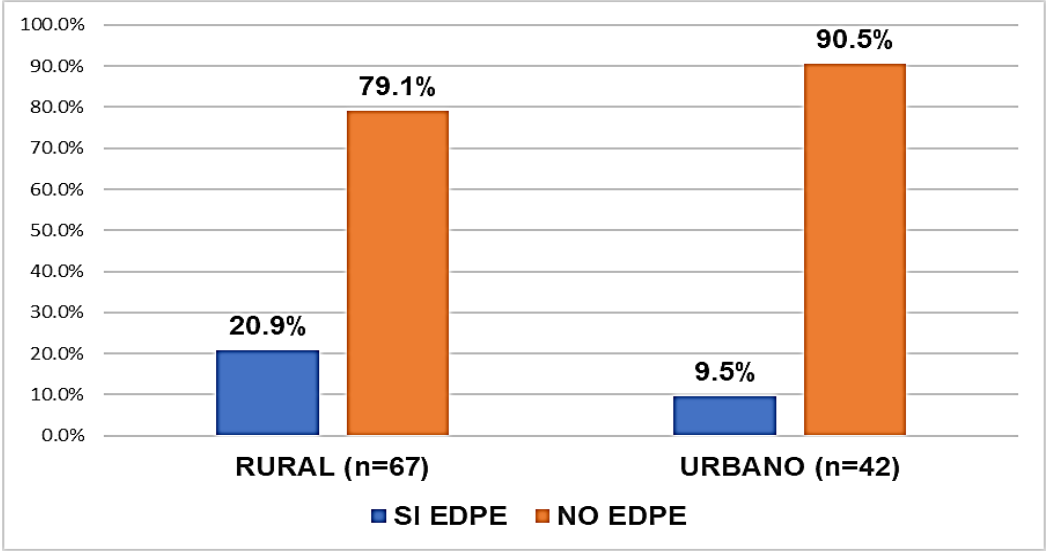
VARIABLES	DIMENSIONES	DPP - ESCALA DE EDIMBURGO			CHI-CUADRADO	
		SI	NO	TOTAL	X2	P
RESIDENCIA	RURAL	14 20.9%	53 79.1%	67 100%	2,422	0.120
	URBANO	4 9.5%	38 90.5%	42 100%		
	TOTAL	18 16.5%	91 83.5%	109 100%		

FUENTE: BASE DE DATOS DE LA INVESTIGACIÓN

Interpretación: la tabla 06 refleja la relación de residencia con depresión postparto. De las 109 puérperas estudiadas, 67 procedían de zona rural, presentando el 20% (n=14) DPP, y el 79.1% (n=53) no tuvo DPP. Así mismo, las 42 puérperas de residencia urbana, el 9.5% (n=4) obtuvieron una puntuación igual o mayor a diez en la escala de Edimburgo, y el 90.5% (n=38) menor a 10 puntos que resulta en no presentar DPP. En el estudio no se encontró relación entre la variable residencia con depresión según la Escala de Depresión postparto de Edimburgo, pues se obtuvo un valor de X^2= 2,422; y un valor p=0,120 (p>0,05). Este resultado nos permite no rechazar la hipótesis nula planteada en la investigación.

FIGURA 04

RELACIÓN ENTRE LA RESIDENCIA CON DEPRESIÓN POSTPARTO EN LAS PUÉRPERAS INMEDIATAS DEL HOSPITAL AMAZÓNICO DE YARINACOCHA, OCTUBRE 2022.



Fuente: base de datos de la investigación.

TABLA 07

RELACIÓN ENTRE LA OCUPACIÓN CON DEPRESIÓN POSTPARTO EN PUÉRPERAS INMEDIATAS DEL HOSPITAL AMAZÓNICO DE YARINACOCHA, OCTUBRE 2022.

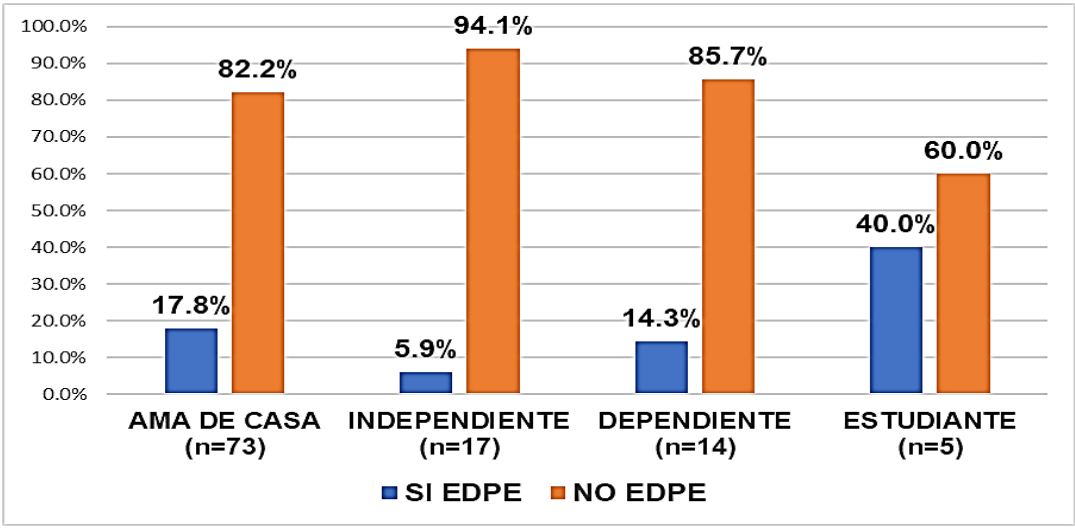
VARIABLES	DIMENSIONES	DPP – ESCALA DE EDIMBURGO			CHI-CUADRADO	
		SI	NO	TOTAL	X2	p
OCUPACIÓN	AMA DE CASA	13 17.8%	60 82.2%	73 100.0%	3,533	0.316
	INDEPENDIENTE	1 5.9%	16 94.1%	17 100.0%		
	DEPENDIENTE	2 14.3%	12 85.7%	14 100.0%		
	ESTUDIANTE	2 40.0%	3 60.0%	5 100.0%		
	TOTAL	18 16.5%	91 83.5%	109 100%		

FUENTE: BASE DE DATOS DE LA INVESTIGACIÓN

Interpretación: la tabla 07 muestra los resultados de la ocupación con depresión postparto. Las amas de casa fueron 73 madres, entre ellas, 17.8% (n=13) si presentaron depresión, y el 82.2% (n=60) no lo presentó. Las que manifestaron ser de ocupación independiente fueron 17, entre ellas solo 1 (5.9%) presentó DPP, mientas que 94.5% (n=16) no lo presentó. Así mismo, las 14 puérperas que refirieron ser dependientes,14.3% (n=2) presentó DPP y 85.7% (n=12) no lo presentaron. Finalmente, las puérperas que aun eran estudiantes fueron 5, entre ellas el 40% (n=2) presentó depresión, mientras que el 60% (n=3) no lo presentó. Además, se observa que en el presente estudio no existe relación entre la variable ocupación con depresión según la Escala de depresión postparto de Edimburgo, pues se obtuvo un valor X^2=3,533; así como un valor *p=0,316* (p>0,05). Este resultado nos permite no rechazar la hipótesis nula planteada en la investigación.

FIGURA 05

RELACIÓN ENTRE LA OCUPACIÓN CON DEPRESIÓN POSTPARTO EN PUÉRPERAS INMEDIATAS DEL HOSPITAL AMAZÓNICO DE YARINACOCHA, OCTUBRE 2022.



Fuente: base de datos de la investigación.

CARACTERÍSTICAS OBSTÉTRICOS

TABLA 08

RELACIÓN ENTRE LA PARIDAD CON DEPRESIÓN POSTPARTO EN PUÉRPERAS INMEDIATAS DEL HOSPITAL AMAZÓNICO DE YARINACOCHA, OCTUBRE 2022.

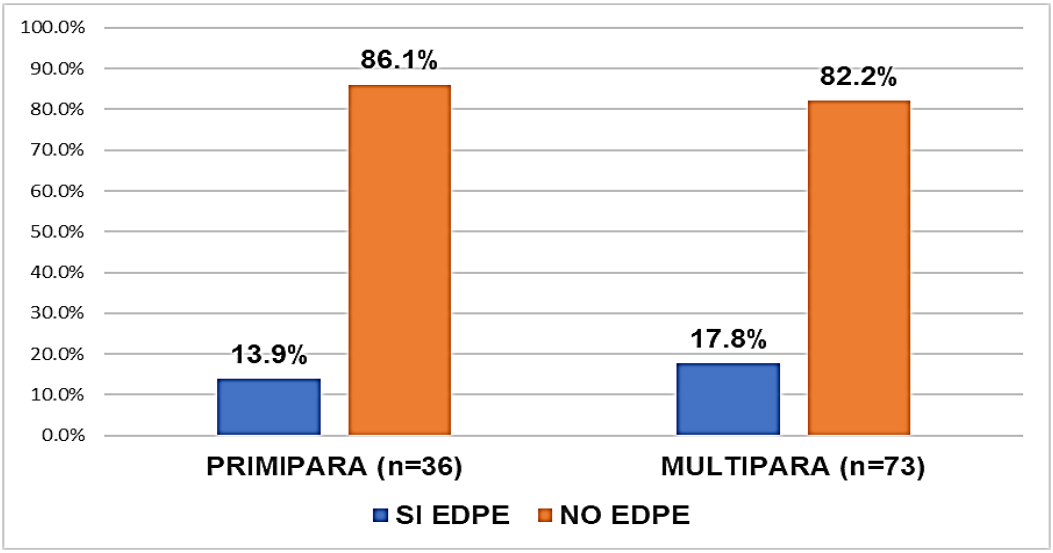
VARIABLES	DIMENSIONES	DPP - ESCALA DE EDIMBURGO			CHI-CUADRADO	
		SI	NO	TOTAL	X2	p
PARIDAD	PRIMIPARA	5 13.9%	31 86.1%	36 100%	,269	0.604
	MULTIPARA	13 17.8%	60 82.2%	73 100%		
	TOTAL	18 16.5%	91 83.5%	109 100%		

FUENTE: BASE DE DATOS LA INVESTIGACIÓN

Interpretación: la tabla 08 muestra los resultados de la paridad de las puérperas inmediatas en relación con depresión postparto según la escala de Edimburgo. De las 109 estudiadas, 36 fueron primíparas, entre ellas el 13.9% (n=5) si presentó depresión y el 86,1% (n=31) no lo presentó. Con respecto a las multíparas, estuvo comprendida por 73 puérperas, de las cuales 17.8% (n=13) presentaron DPP, mientras que el 82.2% (n=60) no lo presentó. En el estudio no se observó relación entre la variable paridad con depresión según la escala de depresión postparto de Edimburgo (EDPE), pues se obtuvo un valor de X^2=0.269, y un valor p=0.604 (p>0,05). Este resultado nos permite no rechazar la hipótesis nula planteada en la investigación.

FIGURA 06

RELACIÓN ENTRE LA PARIDAD CON DEPRESIÓN POSTPARTO EN LAS PUÉRPERAS INMEDIATAS DEL HOSPITAL AMAZÓNICO DE YARINACOCHA, OCTUBRE 2022.



Fuente: base de datos de la investigación.

TABLA 09

RELACIÓN ENTRE LA PLANIFICACIÓN DEL EMBARAZO CON DEPRESIÓN POSTPARTO EN PUÉRPERAS INMEDIATAS DEL HOSPITAL AMAZÓNICO DE YARINACOCHA, OCTUBRE 2022.

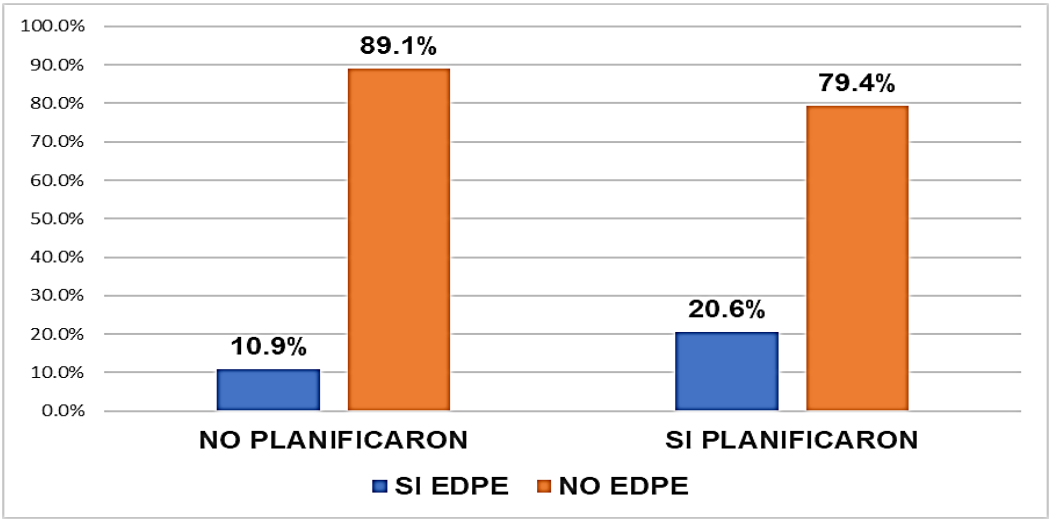
VARIABLES	DIMENSIONES	DPP - ESCALA DE EDIMBURGO			CHI-CUADRADO	
		SI	NO	TOTAL	X2	p
PLANIFICACIÓN DEL EMBARAZO	NO	5	41	46	1,839	0.175
		10.9%	89.1%	100.0%		
	SI	13	50	63		
		20.6%	79.4%	100.0%		
	TOTAL	18	91	109		
		16.5%	83.5%	100%		

FUENTE: BASE DE DATOS DE LA INVESTIGACIÓN

Interpretación: la tabla 09 refleja la planificación de embarazo en relación con depresión postparto. Se aprecia que aquellas puérperas que no planificaron su gestación fueron 46, de ellas el 10.9% (n=5) manifestó depresión postparto, mientras que el 89.1% (n=41) no lo presentó. Así mismo, de las 63 madres que manifestaron haber planificado su embarazo, 20.6 (n=13) dieron positivo a DPP, mientras que 79.4% (n=50) no presentó. Además, no se observó relación entre la variable planificación de embarazo con depresión según la escala de depresión postparto de Edimburgo (EDPE), pues se obtuvo un valor de X^2=1,839; y un valor p=0,175 (p>0,05). Este resultado nos permite no rechazar la hipótesis nula planteada en la investigación.

FIGURA 07

RELACIÓN ENTRE LA PLANIFICACIÓN DE EMBARAZO CON DEPRESIÓN POSTPARTO EN LAS PUÉRPERAS INMEDIATAS DEL HOSPITAL AMAZÓNICO DE YARINACOCHA, OCTUBRE 2022.



Fuente: base de datos de la investigación.

TABLA 10

RELACIÓN ENTRE LA VÍA DEL PARTO CON DEPRESIÓN POSTPARTO EN PUÉRPERAS INMEDIATAS DEL HOSPITAL AMAZÓNICO DE YARINACOCHA, OCTUBRE 2022.

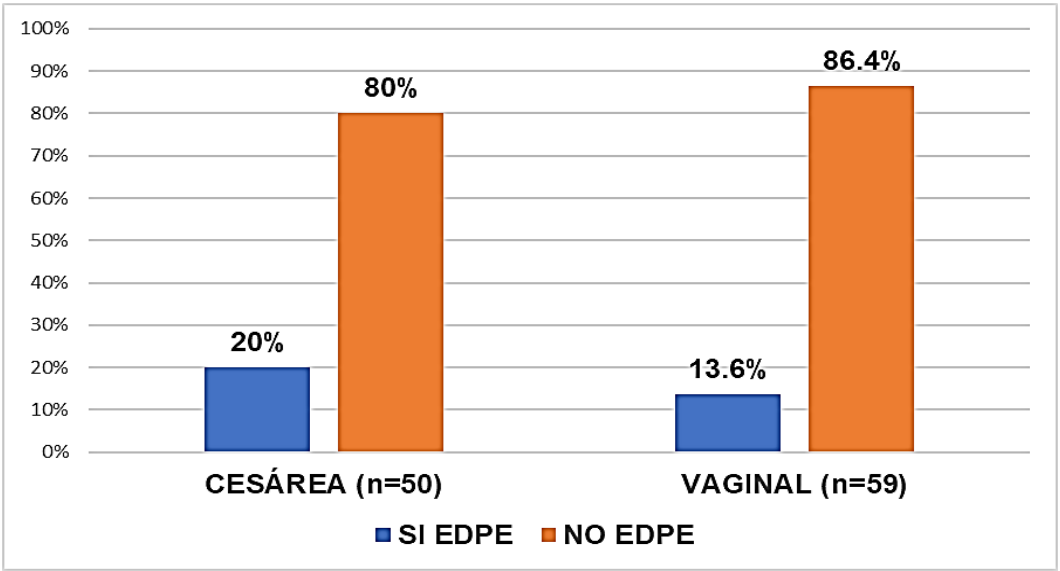
VARIABLES	DIMENSIONES	DPP - ESCALA DE EDIMBURGO			CHI-CUADRADO	
		SI	NO	TOTAL	X2	p
VIA DEL PARTO	CESAREA	10 20%	40 80%	50 100%	0,814	0.367
	VAGINAL	8 13.6%	51 86.4%	59 100%		
	TOTAL	18 16.5%	91 83.5%	109 100%		

FUENTE: BASE DE DATOS DE LA INVESTIGACIÓN

Interpretación: la tabla 10 muestra la vía de parto en relación con depresión postparto. Las puérperas que culminaron su gestación vía cesárea fueron 50, entre ellas el 20% (n=10) presentó depresión postparto, mientras que el 80% (n=40) no lo presentó. De las 59 puérperas que tuvieron un parto vaginal, el 13.6% (n=8) presentó depresión y el 86.4% (n=51) obtuvo un puntaje menor de 10 puntos en la escala de Edimburgo, manifestando no tener DPP. Además, no se observó relación entre la variable vía de parto con depresión según la escala de depresión postparto de Edimburgo (EDPE), pues se obtuvo un valor de X^2=0,814; y un valor p=0,367 (p>0,05). Este resultado nos permite no rechazar la hipótesis nula planteada en la investigación.

FIGURA 08

RELACIÓN ENTRE LA VÍA DE PARTO CON DEPRESIÓN POSTPARTO EN LAS PUÉRPERAS INMEDIATAS DEL HOSPITAL AMAZÓNICO DE YARINACOCHA, OCTUBRE 2022.



Fuente: base de datos de la investigación.

TABLA 11

RELACIÓN ENTRE EL TRASTORNO DEL EMBARAZO CON DEPRESIÓN POSTPARTO EN PUÉRPERAS INMEDIATAS DEL HOSPITAL AMAZÓNICO DE YARINACOCHA, OCTUBRE 2022.

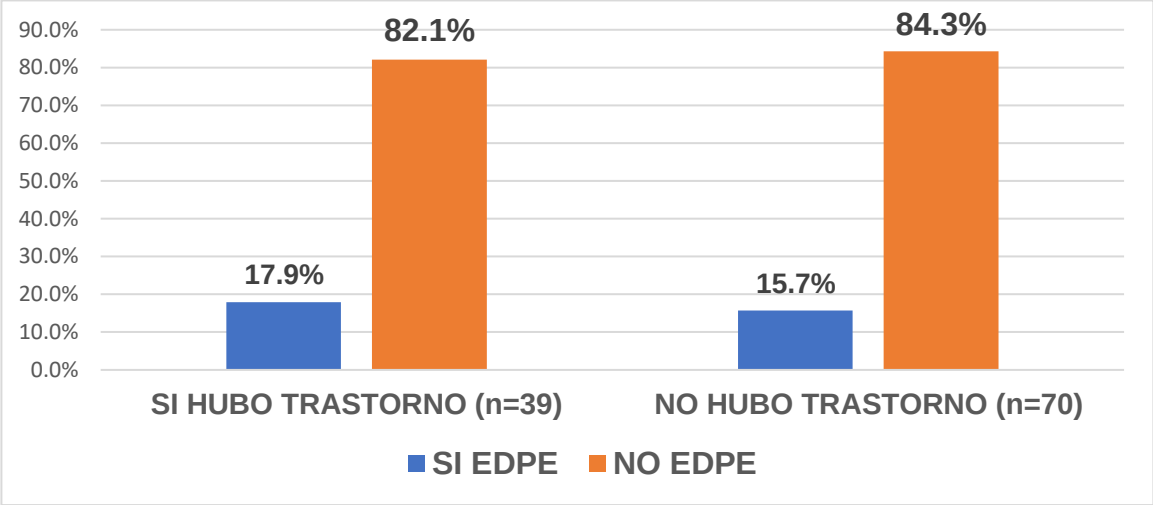
VARIABLES	DIMENSIONES	DPP - ESCALA DE EDIMBURGO			CHI-CUADRADO	
		SI	NO	TOTAL	X2	P
TRASTORNO DEL EMBARAZO	SI	7 17.9%	32 82.1%	39 100%	0,091	0.763
	NO	11 15.7%	59 84.3%	70 100%		
	TOTAL	18 16.5%	91 83.5%	109 100%		

FUENTE: BASE DE DATOS DE LA INVESTIGACIÓN

Interpretación: en la tabla 11 se observa la variable trastorno del embarazo y el riesgo de depresión postparto. 39 madres si presentaron alguna morbilidad en su gestación, de las cuales 17.9% (n=7) presentó riesgo de depresión postparto, mientras que el 82.1% estante (n=32) no lo presentó. Así mismo, 70 puérperas no tuvieron ninguna complicación en su gestación, entre ellas el 15.7% (n=11) tuvo riesgo de DPP, y el 84.3% restante (n=59) no presentó riesgo de DPP. En el estudio no se observó asociación entre la variable trastorno del embarazo con el riesgo de depresión según la escala de depresión postparto de Edimburgo (EDPE), pues se obtuvo un valor de X^2=0,091; con un valor p=0,763 (p>0,05). Este resultado nos permite aceptar la hipótesis nula planteada en la investigación.

FIGURA 09

RELACIÓN ENTRE EL TRASTORNO DEL EMBARAZO CON DEPRESIÓN POSTPARTO EN LAS PUÉRPERAS INMEDIATAS DEL HOSPITAL AMAZÓNICO DE YARINACOCHA, OCTUBRE 2022.



Fuente: base de datos de la investigación.

TABLA 12.

RELACIÓN ENTRE EL SEXO DEL RECIÉN NACIDO CON DEPRESIÓN POSTPARTO EN PUÉRPERAS INMEDIATAS DEL HOSPITAL AMAZÓNICO DE YARINACOCHA, OCTUBRE 2022.

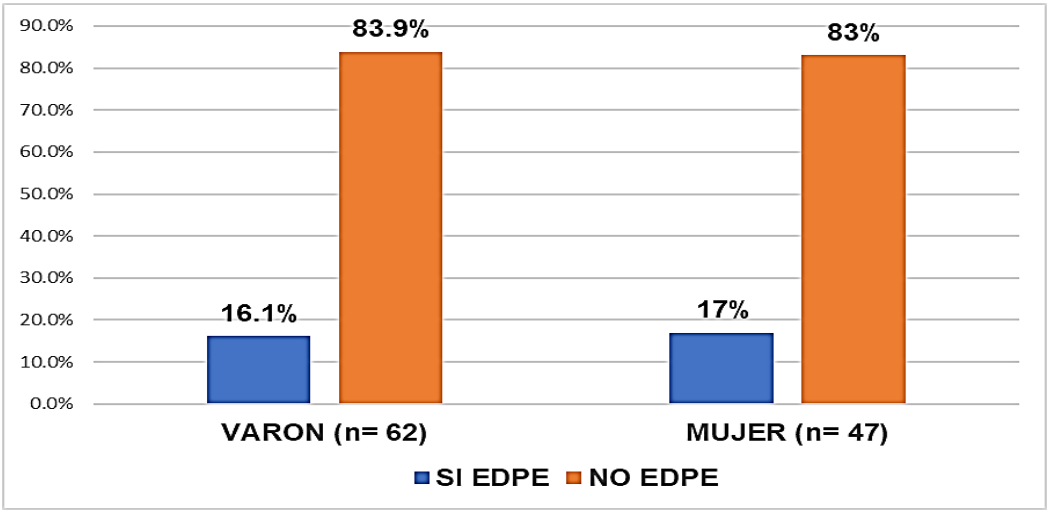
VARIABLES	DIMENSIONES	DPP - ESCALA DE EDIMBURGO			CHI-CUADRADO	
		SI	NO	TOTAL	X2	P
SEXO DEL RN	VARON	10 16.1%	52 83.9%	62 100%	0,015	0.901
	MUJER	8 17%	39 83%	47 100%		
	TOTAL	18 16.5%	91 83.5%	109 100%		

FUENTE: BASE DE DATOS DE LA INVESTIGACIÓN

Interpretación: en la tabla 12 se observa la variable sexo del neonato y depresión postparto. De las 109 madres estudiadas cuyo hijo fue varón fueron 62, de las cuales 16.1% (n=10) presentó depresión postparto, mientras que el 83.8% (n=52) no presentó. Las madres que tuvieron hija mujer fueron 47, entre ellas solo presentó depresión 17% (n=8), y el 83% restante (n=39) no presentó depresión postparto. En el estudio no se observó relación entre la variable sexo del recién nacido con depresión según la escala de depresión postparto de Edimburgo (EDPE), pues se obtuvo un valor de X^2=0.015; con un valor p=0.901 (p>0,05). Este resultado nos permite no rechazar la hipótesis nula planteada en la investigación.

FIGURA 10

RELACIÓN ENTRE EL SEXO DEL RECIÉN NACIDO CON EL RIESGO DE DEPRESIÓN POSTPARTO EN LAS PUÉRPERAS INMEDIATAS DEL HOSPITAL AMAZÓNICO DE YARINACOCHA, OCTUBRE 2022.



Fuente: base de datos de la investigación.

TABLA 13.

RELACIÓN ENTRE LA HOSPITALIZACIÓN DEL RECIÉN NACIDO CON DEPRESIÓN POSTPARTO EN PUÉRPERAS INMEDIATAS DEL HOSPITAL AMAZÓNICO DE YARINACOCHA, OCTUBRE 2022.

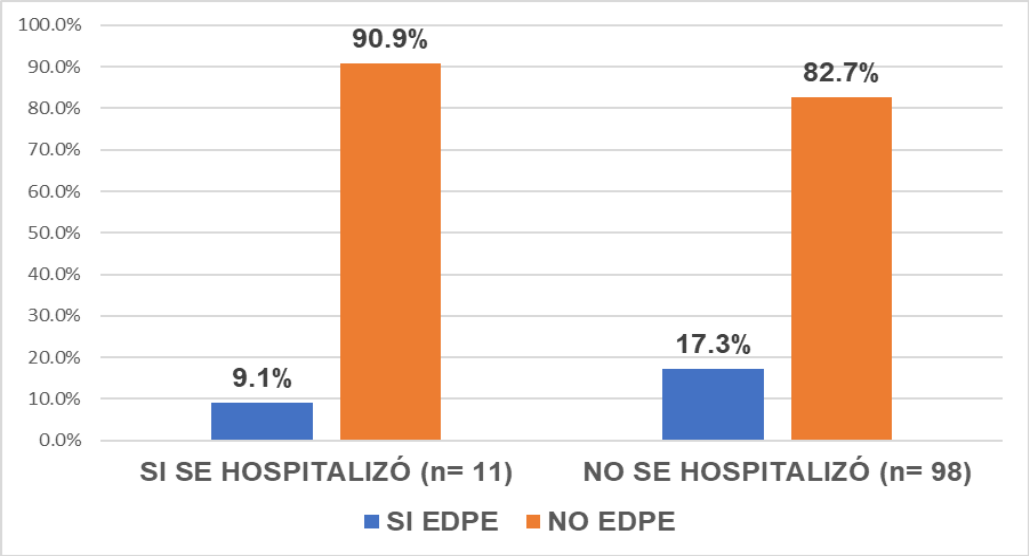
VARIABLES	DIMENSIONES	DPP - ESCALA DE EDIMBURGO			CHI-CUADRADO	
		SI	NO	TOTAL	X2	P
HOSPITALIZACIÓN DEL RN	SI	1 9.1%	10 90.9%	11 100%	0,489	0.484
	NO	17 17.3%	81 82.7%	98 100%		
	TOTAL	18 16.5%	91 83.5%	109 100%		

FUENTE: BASE DE DATOS

Interpretación: En la tabla 13 se observa la hospitalización del recién nacido en relación con depresión postparto. De las 109 puérperas estudiadas, de 11 madres necesitó hospitalización, entre ellas solo 1 presentó depresión postparto (n=1), mientras que el 90.9% (n=10) de las madres con sus recién nacidos hospitalizados no presentó depresión. Así mismo, de los 98 neonatos hospitalizados, el 17.3% (n=17) de las madres manifestó depresión postparto, mientras que el 82.7% (n=81) no presentaron depresión postparto. En el estudio no se observó relación entre la variable hospitalización del recién nacido con depresión según la escala de depresión postparto de Edimburgo (EDPE), pues se obtuvo un valor de X^2=0,489; y un valor p=0,484 (p>0,05). Este resultado nos permite no rechazar la hipótesis nula planteada en la investigación.

FIGURA 11

RELACIÓN ENTRE LA HOSPITALIZACIÓN DEL RECIÉN NACIDO CON DEPRESIÓN POSTPARTO EN LAS PUÉRPERAS INMEDIATAS DEL HOSPITAL AMAZÓNICO DE YARINACOCHA, OCTUBRE 2022.



Fuente: base de datos de la investigación.

4.2 DISCUSIÓN

La presente investigación buscó conocer los factores relacionados a depresión postparto (DPP). Con respecto a la frecuencia de depresión postparto en las puérperas inmediatas del Hospital Amazónico de Yarinacocha, los resultados obtenidos muestran que un 16.5% de las pacientes evaluadas presentaron depresión postparto (DPP) al obtener un puntaje igual o mayor a 10 puntos en la escala de depresión postparto de Edimburgo (EDPE). Este porcentaje, equivalente a 18 madres, se encuentra dentro del rango reportado, que varía entre un 8% y 30% por la literatura internacional (57,84–87). A nivel local, Fernandez estimó una frecuencia del 15.1% de depresión postparto en las puérperas inmediatas en el año 2023(23); valor con alta similitud según lo encontrado en el estudio. El 83.5% de las madres restantes, que equivalen a 91 de ellas, no presentaron depresión según la EDPE. Así mismo, se destaca que la identificación de las pacientes con depresión no implica necesariamente el diagnóstico de DPP, pero si señala mayor énfasis en la evaluación de las pacientes y objetivar el juicio clínico(83). Estos resultados reflejan la importancia de la detección precoz y una intervención temprana, ya que las consecuencias que presenta la DPP no solo afecta a la madre, sino también el adecuado desarrollo del niño y de su círculo familiar (36,40,88). Es relevante considerar que la frecuencia de DPP presenta variaciones incluso dentro del mismo país o dentro del ámbito social pues es dependiente también de factores externos como las características socioculturales y económicas de la población.

En relación con la edad, el análisis obtenido refleja datos desde madres adolescentes de 13 años hasta mujeres de 43 años, promediando los 26.06 años, similar a la media de edad que reportó Jiménez-Hernández con 25 años (15) mostrando así que la depresión postparto se evaluó en un amplio espectro de edades maternas. Además, se encontró relación con valor de chi cuadrado de 41.443; p=0.040; y más aún, una correlación negativa estadísticamente significativa (r_{pb}= -0.203, p=0.035) con el riesgo de sufrir depresión postparto según la puntuación de EDPE, que sugiere, a menor

edad de la madre, mayor riesgo de DPP, aunque la fuerza de esta correlación es baja. Estudios como los de Oztora, Nakku y otros que buscaron la edad como factor de riesgo, hallaron que las madres jóvenes menores de 25 años tenían mayor probabilidad de desarrollar DPP (89–92); además, Zaidi en el año 2017 concluyó que antes los 25 años el riesgo de depresión postparto es tres veces mayor(93). Así mismo, Bottino et al. encontró que por cada año que pasa, se podría prever una disminución de aproximadamente 4% en la probabilidad de desarrollar DPP(91). Estos resultados pueden estar vinculados a que las madres jóvenes poseen poca experiencia para el cuidado de su bebé, mayores casos de embarazos no planificados y menor estabilidad económica(84). Sin embargo, estudios como el de Silverman en el año 2017 también mostraron resultados contradictorios al aumentar el riesgo de DPP mientras aumenta la edad, ya que este grupo de madres pueden enfrentar preocupaciones adicionales como embarazos de riesgo, mayor probabilidad de comorbilidades en la gestación y posibles complicaciones en el recién nacido (94).

Respecto al estado civil, los resultados alcanzados en este estudio de Chi-cuadrado (X^2) de 1.059 y un p-valor de 0.787, no muestran asociación estadísticamente significativa con el riesgo de depresión posparto. Estos hallazgos son consistentes con investigaciones previas de Stewart et al, Atuhaire et al. y otros que no encontraron una relación entre el estado civil y el riesgo de depresión posparto(95–98). Contrario a Goweda y Metwally que hallaron correlación (99),específicamente Wubetu et al. lo halló en la categoría de viudas (97). Es posible que el apoyo social percibido y la calidad de la relación de pareja, factores no medidos en este estudio, jueguen un papel más relevante.

En cuanto a la residencia, se determinó un X^2 de 2.422 con un p-valor de 0.120, indicando que no existe una relación estadísticamente significativa en el riesgo de la depresión posparto entre mujeres de áreas rurales y urbanas en nuestra muestra. Sin embargo, Villegas et al. y Goker et al. sugieren una mayor prevalencia de depresión posparto en mujeres rurales de países de ingresos bajos a medios, debido al menor acceso a recursos de

salud y apoyo social (100,101), e inversamente en países de altos ingresos, donde las puérperas de zonas urbanas presentan mayor tasas de depresión postparto (102,103). Esta relación no fue evidente en nuestro análisis.

La ocupación mostró un X^2 de 3.533 y p=0.316, lo cual tampoco indica una asociación significativa con la depresión posparto en este estudio, la cual concuerda con los resultados de Wubetu et al, Fernandes-Moll et al y Goweda et al. halladas en países de ingresos medios y bajos (97,99). Este resultado difiere con un estudio previo de Yauri et al. en el año 2023 que sí encontraron una correlación entre el estado de empleo y la depresión posparto, sugiriendo que el desempleo, ser ama de casa y determinadas condiciones laborales estresantes pueden incrementar el riesgo (104,105). Cabe destacar la importancia de los factores internos al ambiente laboral, como el estrés laboral u ocupacional y la flexibilidad de horario, podrían tener un impacto significativo de influencia hacia la madre.

En referencia al nivel de instrucción y su relación con el riesgo de depresión postparto en las puérperas inmediatas, se encontró un valor de chi cuadrado de 9.958; p=0.041, así como un coeficiente de correlación de Spearman (r_s= -0.189; p=0.50), que refleja una correlación negativa estadísticamente significativa, de intensidad muy baja. Este resultado demuestra que a menor nivel académico (primaria incompleta y completa) existe mayor asociación al riesgo de DPP. Estos resultados coinciden con investigaciones previas de Alshikh Ahmad et al. 2021 y Vallecampo, 2021 que identificaron asociación débil entre estas variables(84,106). Esta relación negativa puede reflejar diferentes situaciones en las puérperas como factores económicos y el acceso a la educación e información, así como la destreza de buscar apoyo social o médico. Sin embargo, algunos autores como Pérez Villegas et al. y Fernandes-Moll et al .contradicen este resultado, ya que en su investigación no encontraron relación significativa entre las variables(81,98).

Así mismo, la presente investigación busca analizar determinados factores obstétricos como posible relación al riesgo de DPP en el grupo

estudiado, pues busca aportar información valiosa en referencia a la salud mental materna. La paridad se examinó como factor porque influye en la experiencia materna de manera física y emocional (primer hijo o más). El resultado presentado (X^2=0.26, p=0.604) refleja la falta de asociación significativa entre el paridad de las puérperas y el riesgo de presentar DPP, congruente con hallazgos encontrados en estudios anteriores de Correa Dávila y Villanueva Basilio, ambos en el 2022 (21,107), mostrando que la paridad en si no constituye un predictor significativo para el desarrollo de la DDP.

Al considerar la planificación del embarazo se contempla que una gestación no planificada podría incrementar la incertidumbre de la maternidad, mayor estrés y por ende, riesgo de depresión(108). De igual manera, para Vallecampo el embarazo planificado fue identificado como factor protector (106). Sin embargo, los valores obtenidos (X^2=1.839, p=0.175) no permiten confirmar la relación en la población de madres Ucayalinas analizadas.

En relación con la vía de parto, se discute la relación que el parto por cesárea presenta mayor riesgo de desarrollar DPP debido a la percepción de una experiencia de parto negativa o la recuperación postoperatoria más compleja, el reinicio de sus actividades un poco más tardío y el consecuente cuidado de su bebé en los primeros días (21,94). Nuestros resultados demuestran la falta de significancia estadística del presente estudio (X^2=0.814; p=0.367) pues no respalda esta asociación, pero si se alinea a resultados obtenidos por Macedo-Poma et al el cual no encontró diferencias sustanciales de riesgo en referencia a la vía de parto(108).

Finalmente, se analiza la presencia o no de trastornos del embarazo bajo la premisa de que las dificultades en la gestación podrían ser fomentadoras emocionales de riesgo puerperal, estando asociada a ella (109). De nuevo, la falta de significancia estadística (X^2=0.091, p=0.763) indica que, en este estudio, tales eventos no se configuran como factores de

riesgo preponderantes para la depresión posparto, tal como se refleja en el estudio de Villanueva Basilio, 2022 (107).

Los resultados estadísticos que involucran la hospitalización del recién nacido y el sexo de este, indican una falta de asociación estadísticamente significativa con la depresión posparto en las madres. Concretamente, la hospitalización del recién nacido arrojó un valor de Chi cuadrado (X^2) de 0.015 con un valor de p de 0.901. De manera similar, el sexo del recién nacido proporcionó un valor de X^2 de 0.499 con un p-valor de 0.484. Ambos p-valores exceden el umbral de 0.05 para significancia estadística, lo que sugiere que ninguna de las variables examinadas actúa como un factor de relacionado significativo para la DPP en nuestra muestra estudiada. Similar resultado se encontró con la investigación de Atuhaire et al. realizada en Uganda (96). Sin embargo, estos resultados podrían discrepar de estudios previos que han identificado la hospitalización neonatal como un potencial factor estresante que podría precipitar la depresión en la madre debido al impacto emocional del estado de salud del bebé (97,99,103,110,111).

En cuanto al sexo del recién nacido, algunos estudios realizados en la india por Patel et al. (112) y en china por Lee et al. (113) concluyeron que la decepción del padre por el sexo del recién nacido, específicamente si es de género femenino, se asocia potencialmente para la depresión postparto en específicos grupos culturales. Sin embargo, nuestros datos no respaldan tal asociación que concuerdan con otras investigaciones de Atuhaire et al. y Fernandes-Moll et al. (96,99), lo que podría indicar que el sexo del recién nacido no tiene una influencia directamente correlacionada con el riesgo de DPP.

En tal sentido, se rechaza la hipótesis general nula planteada, ya que se encontró relación en dos de las variables estudiadas, que son edad de la puérpera y el grado de instrucción.

La presente investigación se alineó con la variada literatura y reflejó las características de las puérperas inmediatas del Hospital amazónico de Yarinacocha. Además, resalta la necesidad de implementar políticas

institucionales y públicas que puedan brindar recursos de apoyo y educación a todas las puérperas, más que nada a las de niveles educativos bajos y madres jóvenes, ya que en ellas se identificó mayor riesgo relacionados a depresión postparto. Es importante mencionar que esta correlación no implica necesariamente causalidad, pues la DPP es dependiente de factores tanto endógenos (respuesta al estrés, epigenéticos, hormonales, etc.) como exógenos (familiares, sociales, en relación con la maternidad, etc.). Por lo tanto, estos resultados deben evaluarse con cautela. Las limitaciones de este estudio incluyen una muestra que puede no ser representativa a nivel nacional o internacional y la utilización de herramientas de autoinforme para medir la depresión posparto, lo cual podría introducir sesgo. Futuras investigaciones deberían incluir muestras más amplias y diversas, y considerar variables más amplias y detalladas para una comprensión más completa de los factores de riesgo de la depresión posparto en la población ucayalina.

CAPÍTULO V

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

5.1 CONCLUSIONES

- Existen factores sociodemográficos relacionados a depresión postparto en las puérperas inmediatas del Hospital Amazónico de Yarinacocha.
- Para la subvariable edad se encontró una correlación inversa (-0.203); que indica que a menor edad mayor depresión. Por lo tanto, existe relación baja entre la edad y la depresión postparto en puérperas inmediatas del Hospital Amazónico de Yarinacocha.
- Para la subvariable estado civil no se encontró significación estadística. Por lo tanto, no existe relación entre estado civil con depresión postparto en puérperas inmediatas del Hospital Amazónico de Yarinacocha.
- Para la subvariable nivel de instrucción se encontró relación inversa (-0.189). identificando que a menor instrucción mayor depresión. Por lo tanto, existe relación muy baja entre el nivel de instrucción con depresión postparto en puérperas inmediatas del Hospital Amazónico de Yarinacocha.
- No se encontró significación estadística entre la subvariable residencia con depresión postparto. Por lo tanto, no existe relación, identificando que la vivencia urbana o rural no refleja un rol determinante en el estudio.
- Para la subvariable ocupación no se encontró significación estadística. Por lo tanto, no existe relación entre ocupación con depresión postparto en puérperas inmediatas del Hospital Amazónico de Yarinacocha.
- Para la subvariable paridad no se encontró significación estadística. Por lo tanto, no existe relación entre paridad con depresión postparto en puérperas inmediatas del Hospital Amazónico de Yarinacocha, reflejando que el número de hijos no manifiesta una situación determinante en el estudio.

- Para la subvariable planificación del embarazo no se encontró significación estadística. Por lo tanto, no existe relación entre planificar el embarazo con la depresión postparto en puérperas inmediatas del Hospital Amazónico de Yarinacocha.
- Para la subvariable vía del parto no se encontró significación estadística. Por lo tanto, no existe relación entre la vía del parto con depresión postparto en puérperas inmediatas del Hospital Amazónico de Yarinacocha, manifestándose como una situación no determinante en el estudio.
- Para la subvariable trastorno del embarazo no se encontró significación estadística. Por lo tanto, no existe relación entre trastorno del embarazo con depresión postparto en puérperas inmediatas del Hospital Amazónico de Yarinacocha.
- Para la subvariable sexo del recién nacido no se encontró significación estadística. Por lo tanto, no existe relación entre el sexo del recién nacido con depresión postparto en puérperas inmediatas del Hospital Amazónico de Yarinacocha.
- Para la subvariable hospitalización del recién nacido no se encontró significación estadística. Por lo tanto, no existe relación entre hospitalización del neonato con depresión postparto en puérperas inmediatas del Hospital Amazónico de Yarinacocha, reflejando que el ingreso del bebé a un área de internamiento médico no manifiesta una situación determinante en el estudio.

5.2 RECOMENDACIONES

.

- Se recomienda la implementación de políticas institucionales y públicas para el cribado, evaluación y seguimiento a las puérperas, para la detección temprana e intervención adecuada y aplacar los efectos de la depresión postparto, así como disminuir las consecuencias maternas y neonatales.
- Se recomienda la identificación de madres jóvenes y de bajo nivel educativo para el tamizaje, orientación y seguimiento, por su asociación especifica encontrada.
- Se recomienda utilizar herramientas de cribado validadas como la EDPE, pues resultan fáciles de aplicar e interpretar en las evaluaciones puerperales o en el control del niño.
- Se recomienda incluir en la anamnesis de las puérperas inmediatas la escala de depresión postparto de Edimburgo, para así identificar de manera precoz a las pacientes que puedan presentar riesgo de depresión postparto y dar el apoyo profesional requerido.
- Se recomienda reforzar la importancia de los controles puerperales, pues además de poder identificar la depresión postparto, se puede realizar un seguimiento directo a las madres que puedan presentar sintomatología depresiva.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Sancho GP, Brenes GS, Villalobos NDLC. Actualización sobre el trastorno depresivo mayor. Revista Médica Sinergia. el 1 de diciembre de 2020;5(12):e610–e610.

2. Rush AJ. Depresión unipolar en adultos y tratamiento inicial: Principios generales y pronóstico - UpToDate. UpToDate [Internet]. 2023 [citado el 9 de febrero de 2024]; Disponible en: https://www.uptodate.com/contents/unipolar-depression-in-adults-and-initial-treatment-general-principles-and-prognosis#H221196

3. Organización Mundial de la Salud 2023. Depresión [Internet]. 2023 [citado el 30 de septiembre de 2023]. Disponible en: https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/depression

4. Kamysheva E, Wertheim EH, Skouteris H, Paxton SJ, Milgrom J. Frequency, severity, and effect on life of physical symptoms experienced during pregnancy. J Midwifery Womens Health. 2009;54(1):43–9.

5. Ampudia MKM. Depresión postparto en atención primaria. Revista Médica Sinergia. el 1 de febrero de 2020;5(2):e355–e355.

6. Trastornos Depresivos con inicio en el periparto. En: Manual Diagnóstico y Estadísticos de los Trastornos Mentales. 5ta Ed. Panamericana; 2013. p. 186–7.

7. Belén Vázquez M, Carmen Míguez M. IV Congreso Nacional de Psicología [Internet]. Universidad de Santiago de Compostela, España: International Symposium of Psychological Prevention; 2019. 46 p. Disponible en: https://www.cop.es/pdf/LIBRO-CAPITULOS-ALAVA2019.pdf#page=52

8. Gelaye B, Rondon MB, Araya R, Williams MA. Epidemiology of maternal depression, risk factors, and child outcomes in low-income and middle-income countries. Lancet Psychiatry. octubre de 2016;3(10):973–82.

9. Degner D. Differentiating between “baby blues,” severe depression, and psychosis. BMJ. el 10 de noviembre de 2017;359:j4692.

10. ACOG Committee Opinion No. 757: Screening for Perinatal Depression. Obstet Gynecol. noviembre de 2018;132(5):e208–12.

11. Caparros-González RA, Romero-Gonzalez B, Peralta-Ramirez MI. Depresión posparto, un problema de salud pública mundial. Rev Panam Salud Pública [Internet]. 2018 [citado el 1 de octubre de 2023];42. Disponible en: http://iris.paho.org/xmlui/handle/123456789/49117

12. Vega-Dienstmaier JM. Depresión postparto en el Perú. Revista Médica Herediana. octubre de 2018;29(4):207–10.

13. Caparros-González RA, Romero-Gonzalez B, Strivens-Vilchez H, Gonzalez-Perez R, Martinez-Augustin O, Peralta-Ramírez MI. Hair cortisol levels, psychological stress and psychopathological symptoms as predictors of postpartum depression. PLoS One. el 28 de agosto de 2017;12(8):e0182817.

14. Optimizing Postpartum Care [Internet]. [citado el 16 de diciembre de 2023]. Disponible en: https://www.acog.org/clinical/clinical-guidance/committee-opinion/articles/2018/05/optimizing-postpartum-care

15. Jiménez Hernández GE, Peña Jaramillo YM, Ortega Pérez M, Gil Salazar J, Arias Vélez K. Factores asociados a depresión posnatal en puérperas de Antioquia, según escala de Edimburgo. Ciencia e Innovación en Salud [Internet]. el 14 de agosto de 2020 [citado el 2 de noviembre de 2023]; Disponible en: http://revistas.unisimon.edu.co/index.php/innovacionsalud/article/view/3898

16. De la A Orta M. Factores psicosociales que intervienen en el desarrollo de la depresión posparto en usuarias de 16 a 24 años atendidas en el Centro de Salud No. 3 . [Tesis de Pregrado]. [Ecuador]: Universidad de Guayaquil; 2018.

17. Santiago-Sanabria L, Ibarra-Gussi PM, Rendón-Macías ME, Treviño-Villarreal P, Islas-Tezpa D, Porras-Ibarra GD, et al. Depresión posparto: prevalencia y factores de riesgo asociados en una muestra de población mexicana. Ginecología y obstetricia de México. 2023;91(4):227–40.

18. Çankaya S, Ataş A. Factors affecting postpartum depression in Turkish women. Archives of Psychiatric Nursing. el 1 de diciembre de 2022;41:74–80.

19. Juárez Vásquez MJ. 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 Pregrado]. [Piura]: Universidad Nacional de Piura; 2022 [citado el 8 de febrero de 2024]. Disponible en: https://repositorio.unp.edu.pe/items/fd44db52-e256-4a91-bc4d-2a0d9de7f8b7

20. Masías Salinas MA, Arias Gallegos WL. Prevalencia de la depresión post parto en Arequipa, Perú. Revista Médica Herediana. octubre de 2018;29(4):226–31.

21. Correa Dávila MS. “Factores de riesgo asociados a depresión postparto en puérperas atendidas en el Instituto Nacional Materno Perinatal, 2022” [Internet] [Tesis de Pregrado]. [Lima]: Universidad Nacional Federico Villareal; 2022. Disponible en: https://renati.sunedu.gob.pe/handle/sunedu/3327646

22. Alvares Arce Y. Factores asociados a depresión postparto en el Hospital Quillabamba, La Convención 2021-2022 [Tesis de Pregrado]. [Cusco]: Universidad San Antonio Abad de Cusco, Facultad de Ciencias de la Salud, Escuela Profesional de Medicina Humana; 2022.

23. Delgado Reategui FE. Apoyo social, factor protector contra depresión postparto inmediato en el Hospital Regional de Pucallpa en el año 2023 [Internet] [Tesis de Pregrado]. [Pucallpa]: Universidad Nacional de Ucayali; 2023 [citado el 2 de

febrero de 2024]. Disponible en: http://repositorio.unu.edu.pe/handle/UNU/6438

24. Inga Mesias YL. Depresión en gestantes y puérperas atendidas en el Hospital Regional de Pucallpa, durante el periodo de junio a julio del 2018 [Internet] [Tesis de Pregrado]. [Pucallpa]: Universidad Alas Peruanas; 2018 [citado el 2 de febrero de 2024]. Disponible en: https://repositorio.uap.edu.pe/xmlui/handle/20.500.12990/6229

25. Wisner KL, Sit DKY, McShea MC, Rizzo DM, Zoretich RA, Hughes CL, et al. Onset Timing, Thoughts of Self-harm, and Diagnoses in Postpartum Women With Screen-Positive Depression Findings. JAMA Psychiatry. el 1 de mayo de 2013;70(5):490–8.

26. National Institute of Mental Health (NIMH). Depresión perinatal. 2023;(20). Disponible en: https://www.nimh.nih.gov/health/publications/espanol/depresion-perinatal

27. Guintivano J, Manuck T, Meltzer-Brody S. Predictors of Postpartum Depression: A comprehensive review of the last decade of evidence. Clinical obstetrics and gynecology. septiembre de 2018;61(3):591.

28. Tarongí Marco L. EVALUACIÓN DEL TRATAMIENTO HORMONAL EN LA DEPRESIÓN POSTPARTO: UNA REVISIÓN SISTEMÁTICA [Internet] [Trabajo de fin de Grado-Medicina]. [España]: Universitat Jaume I; 2020. Disponible en: https://repositori.uji.es/xmlui/bitstream/handle/10234/195608/TFG_2021_Tarongi%20Marco_Laura.pdf?sequence=1&isAllowed=y

29. Brummelte S, Galea LAM. Chronic corticosterone during pregnancy and postpartum affects maternal care, cell proliferation and depressive-like behavior in the dam. Horm Behav. noviembre de 2010;58(5):769–79.

30. Schüle C, Nothdurfter C, Rupprecht R. The role of allopregnanolone in depression and anxiety. Prog Neurobiol. febrero de 2014;113:79–87.

31. Payne JL, Maguire J. Pathophysiological Mechanisms Implicated in Postpartum Depression. Front Neuroendocrinol. enero de 2019;52:165–80.

32. Osborne LM, Gispen F, Sanyal A, Yenokyan G, Meilman S, Payne JL. Lower allopregnanolone during pregnancy predicts postpartum depression: An exploratory study. Psychoneuroendocrinology. mayo de 2017;79:116–21.

33. Viktorin A, Meltzer-Brody S, Kuja-Halkola R, Sullivan PF, Landén M, Lichtenstein P, et al. Heritability of Perinatal Depression and Genetic Overlap With Nonperinatal Depression. Am J Psychiatry. el 1 de febrero de 2016;173(2):158–65.

34. Earls MF, Yogman MW, Mattson G, Rafferty J, COMMITTEE ON PSYCHOSOCIAL ASPECTS OF CHILD AND FAMILY HEALTH, Baum R, et al. Incorporating Recognition and Management of Perinatal Depression Into Pediatric Practice. Pediatrics. el 1 de enero de 2019;143(1):e20183259.

35. Castro Rey MF. Depresión perinatal y vínculo madre-bebé. Repositorio Institucional - Ulima [Internet]. 2021 [citado el 29 de enero de 2024]; Disponible en: https://repositorio.ulima.edu.pe/handle/20.500.12724/13191

36. González G, Moraes M, Sosa C, Umpierrez E, Duarte M, Cal J, et al. Depresión materna postnatal y su repercusión en el neurodesarrollo infantil: estudio de cohorte. Revista chilena de pediatría. junio de 2017;88(3):360–6.

37. Committee on Psychosocial Aspects of Child and Family Health C on EC Adoption, and Dependent Care, and Section on Developmental and Behavioral Pediatrics, Garner AS, Shonkoff JP, Siegel BS, Dobbins MI, Earls MF, et al. Early Childhood Adversity, Toxic Stress, and the Role of the Pediatrician: Translating Developmental Science Into Lifelong Health. Pediatrics. el 1 de enero de 2012;129(1):e224–31.

38. Takács L, Smolík F, Kaźmierczak M, Putnam SP. Early infant temperament shapes the nature of mother-infant bonding in the first postpartum year. Infant Behavior and Development. el 1 de febrero de 2020;58:101428.

39. Handelzalts JE, Levy S, Molmen-Lichter M, Ayers S, Krissi H, Wiznitzer A, et al. The association of attachment style, postpartum PTSD and depression with bonding—A longitudinal path analysis model, from childbirth to six months. Journal of Affective Disorders. 2021;280(Part A):17–25.

40. Junge C, Garthus-Niegel S, Slinning K, Polte C, Simonsen TB, Eberhard-Gran M. The Impact of Perinatal Depression on Children's Social-Emotional Development: A Longitudinal Study. Matern Child Health J. marzo de 2017;21(3):607–15.

41. Cabrera Guillén MJ. Hospitalismo según René Spitz [Internet] [bachelorThesis]. Universidad del Azuay; 2006 [citado el 29 de enero de 2024]. Disponible en: http://dspace.uazuay.edu.ec/handle/datos/988

42. González B, Melina A. Depresión infantil [Internet] [bachelorThesis]. San Pedro Garza García: UDEM; 1999 [citado el 29 de enero de 2024]. Disponible en: http://repositorio.udem.edu.mx/handle/61000/2886

43. American Psychiatric Asociation. Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales DSM-5. 5ta Ed. Arlington: Panamericana; 2014.

44. Rojas M I, Dembowski N, Borghero F, González M. Protocolo de Detección de la Depresión durante el Embarazo y Postparto y Apoyo al Tratamiento. [Internet]. Ministerio de Salud MINSAL; 2014. Disponible en: https://www.minsal.cl/sites/default/files/files/ProtocoloProgramaEmbarazoypospartofinal12032014.pdf

45. Beck AT, Ward CH, Mendelson M, Mock J, Erbaugh J. An inventory for measuring depression. Arch Gen Psychiatry. junio de 1961;4:561–71.

46. Deyanova Alyosheva N, Figueres Castel S, Garcia Hoyo G, Mazón Garcia A, Sallan Ferrer BA, Clavero Ara L. Herramientas de detección de la depresión postparto. [Internet]. RSI - Revista Sanitaria de Investigación. 2022 [citado el 18 de enero de 2024]. Disponible en:

https://revistasanitariadeinvestigacion.com/herramientas-de-deteccion-de-la-depresion-postparto/

47. Moral AO del, Romero AMR, Iglesias YG. Depresión posparto: Criterios de sospecha, diagnóstico y tratamiento. FMC - Formación Médica Continuada en Atención Primaria. el 1 de abril de 2020;27(4):164–71.

48. Hernández BJR. Tristeza posparto. Revista Diversidad Científica. el 21 de julio de 2022;2(2):1–7.

49. Martín Hernández P, Tena Campos M, Claver Escanilla E, Muniesa Ciércoles M del C, Gotor Delso P, López Delpon M. Revisión bibliográfica sobre la psicosis puerperal. Prevención y tratamiento. RSI [Internet]. diciembre de 2023;01. Disponible en: https://revistasanitariadeinvestigacion.com/revision-bibliografica-sobre-la-psicosis-puerperal-prevencion-y-tratamiento/

50. Watkins ME, Newport DJ. Psychosis in pregnancy. Obstet Gynecol. junio de 2009;113(6):1349–53.

51. Stevens AWMM. Bipolar disorder during pregnancy and the postpartum period:: Patients considerations, course of bipolar disorder and impact of sleep loss [Internet] [PhD]. Vrije Universiteit Amsterdam; 2023 [citado el 22 de enero de 2024]. p. HFA.STEVENS20231110. Disponible en: https://hdl.handle.net/1871.1/cb9383f6-a851-4c2b-879d-4c6f2e519f65

52. Jones I, Craddock N. Familiality of the puerperal trigger in bipolar disorder: results of a family study. Am J Psychiatry. junio de 2001;158(6):913–7.

53. Jones I, Chandra PS, Dazzan P, Howard LM. Bipolar disorder, affective psychosis, and schizophrenia in pregnancy and the post-partum period. Lancet. el 15 de noviembre de 2014;384(9956):1789–99.

54. SIT D, ROTHSCHILD AJ, WISNER KL. A Review of Postpartum Psychosis. J Womens Health (Larchmt). mayo de 2006;15(4):352–68.

55. Bergink V, Rasgon N, Wisner KL. Postpartum Psychosis: Madness, Mania, and Melancholia in Motherhood. Am J Psychiatry. el 1 de diciembre de 2016;173(12):1179–88.

56. Szpunar MJ, Parry BL. A systematic review of cortisol, thyroid stimulating hormone and prolactin in peripartum women with major depression. Arch Womens Ment Health. abril de 2018;21(2):149–61.

57. Maeda Y, Ogawa K, Morisaki N, Tachibana Y, Horikawa R, Sago H. Association between perinatal anemia and postpartum depression: A prospective cohort study of Japanese women. Intl J Gynecology & Obste. enero de 2020;148(1):48–52.

58. Valderrama Luna LL. Asociación entre anemia en el tercer trimestre del embarazo y depresión post parto: estudio multicentro. Universidad Privada Antenor Orrego [Internet]. 2016 [citado el 1 de febrero de 2024]; Disponible en: https://repositorio.upao.edu.pe/handle/20.500.12759/2153

59. Jadresic M. E. DEPRESIÓN POSPARTO EN EL CONTEXTO DEL HOSPITAL GENERAL. Revista Médica Clínica Las Condes. el 1 de noviembre de 2017;28(6):874–80.

60. Solano MS, Mejía ALP, Madrigal JC. Abordaje clínico y manejo de la depresión posparto. Revista Médica Sinergia. el 1 de junio de 2019;4(6):90–9.

61. Sánchez JAW. Manual de terapia interpersonal. 1era ed. México: Plaza y Valdes; 2006. 160 p.

62. Miniati M, Callari A, Calugi S, Rucci P, Savino M, Mauri M, et al. Interpersonal psychotherapy for postpartum depression: a systematic review. Arch Womens Ment Health. el 1 de agosto de 2014;17(4):257–68.

63. Beck J. Terapia cognitiva: Conceptos básicos y profundización. Editorial GEDISA; 2015. 398 p.

64. 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. el 26 de enero de 2016;315(4):388–406.

65. Currie JL, Develin E. Stroll your way to well-being: a survey of the perceived benefits, barriers, community support, and stigma associated with pram walking groups designed for new mothers, Sydney, Australia. Health Care Women Int. diciembre de 2002;23(8):882–93.

66. Méndez-Cerezo ÁJ. Depresión postparto y ejercicio. Perinatología y reproducción humana. diciembre de 2014;28(4):211–6.

67. Overview | Antenatal and postnatal mental health: clinical management and service guidance | Guidance | NICE [Internet]. NICE; 2014 [citado el 27 de enero de 2024]. Disponible en: https://www.nice.org.uk/guidance/cg192

68. Larsen ER, Damkier P, Pedersen LH, Fenger-Gron J, Mikkelsen RL, Nielsen RE, et al. Use of psychotropic drugs during pregnancy and breast-feeding. Acta Psychiatrica Scandinavica. 2015;132(S445):1–28.

69. Bell AF, Erickson EN, Carter CS. Beyond labor: The role of natural and synthetic oxytocin in the transition to motherhood. J Midwifery Women´s Health. enero de 2014;59(1):35–42.

70. Stuebe AM, Grewen K, Meltzer-Brody S. Association between maternal mood and oxytocin response to breastfeeding. J Womens Health (Larchmt). abril de 2013;22(4):352–61.

71. Kroll-Desrosiers AR, Nephew BC, Babb JA, Guilarte-Walker Y, Moore Simas TA, Deligiannidis KM. Association of peripartum synthetic oxytocin administration and depressive and anxiety disorders within the first postpartum year. Depress Anxiety. febrero de 2017;34(2):137–46.

72. NIH MedlinePlus Magazine [Internet]. [citado el 28 de enero de 2024]. Aprueban nuevo tratamiento para la depresión posparto. Disponible en:

https://magazine.medlineplus.gov/es/article/new-treatment-approved-for-postpartum-depression

73. Commissioner O of the. FDA. FDA; 2020 [citado el 28 de enero de 2024]. La FDA aprueba el primer tratamiento contra la depresión posparto. Disponible en: https://www.fda.gov/news-events/press-announcements/la-fda-aprueba-el-primer-tratamiento-contra-la-depresion-posparto

74. Beninger P. Zuranolone. Clinical Therapeutics. el 1 de diciembre de 2023;45(12):1297–8.

75. Commissioner O of the. FDA. FDA; 2023 [citado el 27 de enero de 2024]. La FDA aprueba el primer tratamiento oral para la depresión posparto. Disponible en: https://www.fda.gov/news-events/press-announcements/la-fda-aprueba-el-primer-tratamiento-oral-para-la-depresion-posparto

76. Deligiannidis KM, Meltzer-Brody S, Maximos B, Peeper EQ, Freeman M, Lasser R, et al. Zuranolone for the Treatment of Postpartum Depression. AJP. septiembre de 2023;180(9):668–75.

77. ACOG. Zuranolone for the Treatment of Postpartum Depression [Internet]. 2023 [citado el 18 de diciembre de 2023]. Disponible en: https://www.acog.org/clinical/clinical-guidance/practice-advisory/articles/2023/08/zuranolone-for-the-treatment-of-postpartum-depression

78. Marcos-Nájera R, Rodríguez-Muñoz M de la F, Izquierdo-Mendez N, Olivares-Crespo ME, Soto C. Depresión perinatal: rentabilidad y expectativas de la intervención preventiva. Clínica y Salud. el 1 de julio de 2017;28(2):49–52.

79. Ministerio de Salud. Norma General Técnica para la Atención Integral en el Puerperio. Ministerio de Salud [Internet]. 1era ed. 2015; Disponible en: https://www.minsal.cl/wp-content/uploads/2015/10/NORMA-TECNICA-PARA-LA-ATENCION-INTEGRAL-EN-EL-PUERPERIO_web.-08.10.2015-R.pdf

80. Vega-Dienstmaier JM, Mazzotti Suárez G, Campos Sánchez M. Validación de una versión en español de la Escala de Depresión Postnatal de Edimburgo. Actas Españolas de Psiquiatría. 2002;30(2):106–11.

81. Pérez Villegas R, Sáez Carrillo K, Alarcón Barra L, Avilés Acosta V, Braganza Ulloa I, Coleman Reyes J. Variables posiblemente asociadas a depresión posparto, según escala Edimburgo. Revista de Obstetricia y Ginecología de Venezuela. septiembre de 2007;67(3):187–91.

82. Garcia-Esteve L, Ascaso C, Ojuel J, Navarro P. Validation of the Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS) in Spanish mothers. Journal of Affective Disorders. el 1 de junio de 2003;75(1):71–6.

83. Cox JL, Holden JM, Sagovsky R. Detection of postnatal depression. Development of the 10-item Edinburgh Postnatal Depression Scale. Br J Psychiatry. junio de 1987;150:782–6.

84. Alshikh 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 Childbirth. el 6 de agosto de 2021;21:542.

85. Roddy Mitchell A, Gordon H, Lindquist A, Walker SP, Homer CSE, Middleton A, et al. Prevalence of Perinatal Depression in Low- and Middle-Income Countries. JAMA Psychiatry. mayo de 2023;80(5):425–31.

86. Gavin NI, Gaynes BN, Lohr KN, Meltzer-Brody S, Gartlehner G, Swinson T. Perinatal depression: a systematic review of prevalence and incidence. Obstet Gynecol. noviembre de 2005;106(5 Pt 1):1071–83.

87. Liu X, Wang S, Wang G. Prevalence and Risk Factors of Postpartum Depression in Women: A Systematic Review and Meta-analysis. J Clin Nurs. octubre de 2022;31(19–20):2665–77.

88. Goodman SH, Rouse MH, Connell AM, Broth MR, Hall CM, Heyward D. Maternal depression and child psychopathology: a meta-analytic review. Clin Child Fam Psychol Rev. marzo de 2011;14(1):1–27.

89. Öztora S, Arslan A, Çaylan A, Dağdeviren HN. Postpartum depression and affecting factors in primary care. Nigerian Journal of Clinical Practice [Internet]. el 4 de febrero de 2019 [citado el 7 de febrero de 2024];22(1). Disponible en: https://www.ajol.info/index.php/njcp/article/view/182980

90. Nakku JN, Nakasi G, Mirembe F. Postpartum major depression at six weeks in primary health care: prevalence and associated factors. African Health Sciences [Internet]. 2006 [citado el 7 de febrero de 2024];6(4). Disponible en: https://www.ajol.info/index.php/ahs/article/view/6955

91. Bottino MN, Nadanovsky P, Moraes CL, Reichenheim ME, Lobato G. Reappraising the relationship between maternal age and postpartum depression according to the evolutionary theory: Empirical evidence from a survey in primary health services. Journal of Affective Disorders. el 15 de diciembre de 2012;142(1):219–24.

92. Kozinszky Z, Dudas RB, Csatordai S, Devosa I, Tóth É, Szabó D, et al. Social dynamics of postpartum depression: a population-based screening in South-Eastern Hungary. Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol. el 1 de mayo de 2011;46(5):413–23.

93. Zaidi F, Nigam A, Anjum R, Agarwalla R. Postpartum Depression in Women: A Risk Factor Analysis. J Clin Diagn Res. agosto de 2017;11(8):QC13–6.

94. Silverman ME, Reichenberg A, Savitz DA, Cnattingius S, Lichtenstein P, Hultman CM, et al. The risk factors for postpartum depression: A population-based study. Depression and Anxiety. 2017;34(2):178–87.

95. Stewart DE, Robertson E, Phil M, Dennis CL, Grace SL, Wallington T. Postpartum depression: Literature review of risk factors and interventions. University Health Network. 2003;

96. Atuhaire C, Rukundo GZ, Nambozi G, Ngonzi J, Atwine D, Cumber SN, et al. Prevalence of postpartum depression and associated factors among women in

Mbarara and Rwampara districts of south-western Uganda. BMC Pregnancy and Childbirth. el 12 de julio de 2021;21(1):503.

97. Wubetu AD, Engidaw NA, Gizachew KD. Prevalence of postpartum depression and associated factors among postnatal care attendees in Debre Berhan, Ethiopia, 2018. BMC Pregnancy and Childbirth. el 30 de marzo de 2020;20(1):189.

98. 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. 2023;22(69):134–66.

99. Goweda R, Metwally T. Prevalence and associated risk factors of postpartum depression: a cross sectional study. Arch Clin Psychiatry (São Paulo). el 26 de agosto de 2020;47:106–9.

100. Villegas L, McKay K, Dennis CL, Ross LE. Postpartum Depression Among Rural Women From Developed and Developing Countries: A Systematic Review. The Journal of Rural Health. 2011;27(3):278–88.

101. Goker A, Yanikkerem E, Demet MM, Dikayak S, Yildirim Y, Koyuncu FM. Postpartum Depression: Is Mode of Delivery a Risk Factor? ISRN Obstetrics and Gynecology. el 13 de diciembre de 2012;2012:1–6.

102. Azad R, Fahmi R, Shrestha S, Joshi H, Hasan M, Khan ANS, et al. Prevalence and risk factors of postpartum depression within one year after birth in urban slums of Dhaka, Bangladesh. PLOS ONE. el 2 de mayo de 2019;14(5):e0215735.

103. Vigod SN, Tarasoff LA, Bryja B, Dennis CL, Yudin MH, Ross LE. Relation between place of residence and postpartum depression. CMAJ. el 17 de septiembre de 2013;185(13):1129–35.

104. Yauri LMC, Basilia JA, Torre RJM de la, Pino MJP. Factores Asociados a la Depresión Post Parto en Tiempos de Covid – 19. Ciencia Latina Revista Científica Multidisciplinar. el 22 de noviembre de 2023;7(5):7969–79.

105. Neyra Diaz A del P, Palomino Bonifacio EN. Factores de riesgo para la depresión postparo en madres adolescentes atendidas en el hospital María Auxiliadora, 2017. [Internet] [Tesis de Pregrado]. [Lima]: Universidad Norbert Wiener; 2019 [citado el 8 de febrero de 2024]. Disponible en: https://repositorio.uwiener.edu.pe/handle/20.500.13053/3153

106. Vallecampo A. Relación entre riesgo y factores asociados a depresión postparto del puerperio inmediato de mujeres con bajo riesgo obstétrico. 2021 [citado el 7 de febrero de 2024]; Disponible en: https://doi.org/10.5377/creaciencia.v14i1.13200

107. Villanueva Basilio AJ. Factores asociados al riesgo de depresión postparto valorada por la Escala de Depresión Postnatal de Edimburgo en puérperas adultas atendidas por teleconsulta en el Instituto Nacional Materno Perinatal en el año 2020 [Internet] [Tesis de Pregrado]. [Lima]: Universidad Ricardo Palma; 2022 [citado el 8 de febrero de 2024]. Disponible en: https://repositorio.urp.edu.pe/handle/20.500.14138/5289

108. Macedo-Poma K, Marquina-Curasma PG, Corrales-Reyes IE, Mejía CR. Factors associated to depressive symptoms in mothers with children hospitalized in pediatric and neonatology units of Peru: a case-control study. Medwave. el 21 de junio de 2019;19(05):e7649–e7649.

109. Urdaneta M J, Rivera S A, García I J, Guerra V M, Baabel Z N, Contreras B A. Factores de riesgo de depresión posparto en puérperas venezolanas valoradas por medio de la escala de Edimburgo. Revista chilena de obstetricia y ginecología. 2011;76(2):102–12.

110. Agrawal I, Mehendale AM, Malhotra R. Risk Factors of Postpartum Depression. Cureus. 2022;14(10):e30898.

111. Reaño Pantigozo JL. Factores asociados a depresión postparto en madres adolescentes atendidas en el Hospital Regional del Cusco, 2020. Universidad Nacional de San Antonio Abad del Cusco [Tesis de Pregrado]. 2020 [citado el 8 de febrero de 2024].

112. Patel V, Rodrigues M, DeSouza N. Gender, Poverty, and Postnatal Depression: A Study of Mothers in Goa, India. AJP. enero de 2002;159(1):43–7.

113. Lee D, Yip A, Leung, TKH C. Identifying women at risk of postnatal depression: prospective longitudinal study. HKMJ. 2015;4:54.

ANEXOS

Anexo 1: Declaración Jurada

DECLARACIÓN JURADA

Yo, Ivana Celeste Levy Rios de Nacionalidad Peruana, identificado con, DNI N.º 72166094, Bachiller en Medicina Humana, egresado de la Universidad Nacional de Ucayali. Actualmente realizando mi Tesis titulado: “FACTORES RELACIONADOS A DEPRESIÓN POSTPARTO EN PUÉRPERAS INMEDIATAS DEL HOSPITAL AMÁZONICO DE YARINACOCHA, 2022” para optar el título de médico cirujano.

DECLARO BAJO JURAMENTO: que los datos obtenidos mediante la ficha y encuesta solo serán para fines de la investigación y tendrá total CONFIDENCIALIDAD por mi persona. Me afirmo y me ratifico en lo expresado en señal de lo cual firmo el presente documento.



Firma

DNI N.º 72166094

Anexo 2: Consentimiento Informado

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Mediante la firma, doy el consentimiento y autorización de forma voluntaria de participar en dicha investigación “FACTORES RELACIONADOS A DEPRESIÓN POSTPARTO EN PUÉRPERAS INMEDIATAS DEL HOSPITAL AMÁZONICO DE YARINACOCHA, 2022”

Entiendo que fui elegida para este estudio por ser puérpera y realizar mis atenciones en el HOSPITAL AMAZONICO DE YARINACOCHA y que la información obtenida es confidencial, por ende, tómese su tiempo en decidir y en caso de dudas se le brindara la debida información.

_____

Firma

Anexo 3: Ficha De Recolección De Datos

FICHA DE RECOLECCIÓN DE DATOS

- **Datos sociodemográficos**
  - **Edad: ….**
  - **Estado civil:**
    Soltera ( ) Conviviente ( ) casada ( ) Divorciada/separada ( )
  - **Grado de instrucción:**
    Superior ( ) Secundaria completa ( ) Secundaria incompleta ( ) Primaria completa ( ) Primaria incompleta ( )
  - **Residencia:**
    Urbano ( ) b) Rural ( )
  - **Ocupación:**

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

- **Datos obstétricos:**
  - **Paridad:**
    a) primer hijo ( ) b) segundo hijo o más ( )
  - **Planificación del embarazo:**
    a). Si ( ) b) No ( )
  - **Vía de parto:**
    a) Vaginal ( ) b) Cesárea ( )
  - **Trastornos del embarazo:**
    Si ( ) No ( )

- **Recién nacido**
  - **Sexo:** a) Varón ( ) b) Mujer ( )
  - **Necesitó hospitalización:**
    No ( ) Sí( )

Anexo 4: Escala De Depresión Postparto De Edimburgo

Queremos saber cómo se siente recientemente. Por favor marque la respuesta que más se acerque a cómo se ha sentido en los últimos 7 días, no solamente cómo se sienta hoy. Por favor complete las otras preguntas de la misma manera.

1. **He podido reír y ver el lado bueno de las cosas:**
   - Tanto como siempre
   - No tanto ahora
   - Mucho menos
   - No, no he podido

2. **He mirado el futuro con placer**:
   - Tanto como siempre
   - Algo menos de lo que solía hacer
   - Definitivamente menos
   - No, nada

3. **Me he culpado sin necesidad cuando las cosas marchaban mal:**
   - Sí, casi siempre
   - Sí, algunas veces
   - No muy a menudo
   - No, nunca

4. **He estado ansiosa y preocupada sin motivo:**
   - No, nada
   - Casi nada
   - Sí, a veces
   - Sí, a menudo

5. **He sentido miedo o pánico sin motivo alguno:**
   - Sí, bastante
   - Sí, a veces
   - No, no mucho
   - No, nada

6. **Las cosas me oprimen o agobian**:
   - Sí, casi siempre
   - Sí, a veces
   - No, casi nunca
   - No, nada

7. **Me he sentido tan infeliz, que he tenido dificultad para dormir:**
   - Sí, casi siempre
   - Sí, a menudo
   - No muy a menudo
   - No, nada

8. **Me he sentido triste y desgraciada:**
   - Sí, casi siempre
   - Sí, bastante a menudo
   - No muy a menudo
   - No, nada

9. **He estado tan infeliz que he estado llorando:**
   - Sí, casi siempre
   - Sí, bastante a menudo
   - Sólo ocasionalmente
   - No, nunca

10. **He pensado en hacerme daño a mí misma:**
    - Sí, bastante a menudo
    - Sí, a menudo
    - Casi nunca
    - No, nunca

<10 PUNTOS: SIN DEPRESIÓN POSTPARTO.

≥ 10 PUNTOS: CON DEPRESIÓN POSTPARTO

Anexo 5: Autorización Para Ejecución De Tesis.

GOBIERNO REGIONAL DE UCAYALI
DIRECCION REGIONAL DE SALUD UCAYALI

HOSPITAL AMAZÓNICO

"DECENIO DE LA IGUALDAD DE OPORTUNIDADES PARA MUJERES Y HOMBRES"
"Año del Diálogo y la Reconciliación Nacional"

Ucayali

AUTORIZACION PARA EJECUCION DE TESIS

Mediante el presente, quienes suscriben: Director Ejecutivo y Jefe del Departamento de Gineco-Obstetricia:

Autorizan a la Bachiller en Medicina Humana de la Universidad Nacional de Ucayali **Srta. IVANA CELESTE LEVY RIOS**, identificada con DNI N° 72166094, **para la ejecución de su tesis, titulado "Factores asociados a la Depresión Postparto en Puérperas Inmediatas del Hospital Amazónico, año 2022"**, información que recabara mediante encuesta en el Departamento de Gineco-Obstetricia, como requisito indispensable para su proceso de titulación.

Yarinacocha, 06 de julio del 2022

GOBIERNO REGIONAL UCAYALI
DIRESA
HOSPITAL AMAZONICO
Med. Cir. RONALD RODRIGUEZ PANDURO
DIRECTOR EJECUTIVO
CMP. 60341

Anexo 6: Matriz De Consistencia

TÍTULO: "***Factores relacionados a depresión postparto puérperas inmediatas del Hospital Amazónico de Yarinacocha, 2022".***

Problema General	**Objetivos**	**Hipótesis.**	**Variable**	**Metodología**
•¿Cuáles son los factores sociodemográficos, obstétricos y del recién nacido relacionados a depresión postparto en puérperas inmediatas del Hospital Amazónico de Yarinacocha, octubre 2022? **Problemas Específicos** • ¿Cuál es la relación entre la edad con depresión postparto en puérperas inmediatas del Hospital Amazónico de Yarinacocha, octubre 2022? • ¿Cuál es la relación entre el estado civil con depresión postparto en puérperas inmediatas del Hospital Amazónico de Yarinacocha, octubre 2022? • ¿Cuál es la relación entre el nivel de instrucción con depresión postparto en puérperas inmediatas del	• Determinar la relación entre los factores sociodemográficos, obstétricos y del recién nacido con depresión postparto en puérperas inmediatas del Hospital Amazónico de Yarinacocha, octubre 2022. **Objetivos Específicos** • Determinar la relación entre la edad con depresión postparto en puérperas inmediatas del Hospital Amazónico de Yarinacocha, octubre 2022. • Determinar la relación entre el estado civil con depresión postparto en puérperas inmediatas del Hospital Amazónico de Yarinacocha, octubre 2022. • Determinar la relación entre el nivel de instrucción con depresión postparto en puérperas inmediatas del Hospital Amazónico de Yarinacocha octubre 2022.	**Hi**: Existe relación entre los factores sociodemográficos, obstétricos y del recién nacido con depresión postparto en puérperas inmediatas del Hospital Amazónico de Yarinacocha, octubre 2022. **Ho**: No existe relación entre los factores sociodemográficos, obstétricos y del recién nacido con depresión postparto en puérperas inmediatas del Hospital Amazónico de Yarinacocha, octubre 2022. **B. HIPÓTESIS ESPECIFICAS** **Ha1:** Existe relación entre la edad con depresión postparto en puérperas inmediatas del Hospital Amazónico de Yarinacocha, octubre 2022 **Ha2:** Existe relación entre el estado civil con depresión postparto en puérperas inmediatas del Hospital Amazónico de Yarinacocha, octubre 2022.	DEPENDIENTE • Depresión postparto INDEPENDIENTE ➢ Sociodemográficos: • edad, • estado civil • Nivel de instrucción, • residencia • ocupación. ➢ Obstétricos: • paridad • planificación de embarazo • vía de parto • trastorno del embarazo. ➢ Recién nacido: • sexo • hospitalización del neonato	• Ámbito de estudio área de gineco-obstetricia del Hospital Amazónico de Yarinacocha • Tipo de Investigación Cuantitativa • Nivel de la Investigación No experimental, correlacional

Hospital Amazónico de Yarinacocha, octubre 2022? • ¿Cuál es la relación entre la residencia con depresión postparto en puérperas inmediatas del Hospital Amazónico de Yarinacocha, octubre 2022? • ¿Cuál es la relación entre la ocupación con depresión postparto en puérperas inmediatas del Hospital Amazónico de Yarinacocha, octubre 2022? • ¿Cuál es la relación entre la paridad con depresión postparto en puérperas inmediatas del Hospital Amazónico de Yarinacocha, octubre 2022? • ¿Cuál es la relación entre la planificación del embarazo con depresión postparto en puérperas inmediatas del Hospital Amazónico de Yarinacocha, octubre 2022? • ¿Cuál es la relación entre la vía del parto con depresión postparto en puérperas inmediatas del Hospital Amazónico de Yarinacocha, octubre 2022? • ¿Cuál es la relación entre el trastorno del embarazo con depresión postparto en puérperas inmediatas del	• Determinar la relación entre la residencia con depresión postparto en puérperas inmediatas del Hospital Amazónico de Yarinacocha, octubre 2022. • Determinar la relación entre la ocupación con depresión postparto en puérperas inmediatas del Hospital Amazónico de Yarinacocha, octubre 2022. • Determinar la relación entre la paridad con depresión postparto en puérperas inmediatas del Hospital Amazónico de Yarinacocha, octubre 2022. • Determinar la relación entre la planificación del embarazo con depresión postparto en puérperas inmediatas del Hospital Amazónico de Yarinacocha, octubre 2022. • Determinar la relación entre la vía del parto con depresión postparto en puérperas inmediatas del Hospital Amazónico de Yarinacocha, octubre 2022. • Determinar la relación entre el trastorno del embarazo con depresión postparto en puérperas inmediatas del Hospital Amazónico de Yarinacocha, octubre 2022.	**Ha3:** Existe relación entre el nivel de instrucción con depresión postparto en puérperas inmediatas del Hospital Amazónico de Yarinacocha, octubre 2022. **Ha4:** Existe relación entre la residencia con depresión postparto en puérperas inmediatas del Hospital Amazónico de Yarinacocha, octubre 2022. **Ha5:** Existe relación entre la ocupación con depresión postparto en puérperas inmediatas del Hospital Amazónico de Yarinacocha, octubre 2022. **Ha6:** Existe relación entre la paridad con depresión postparto en puérperas inmediatas del Hospital Amazónico de Yarinacocha, octubre 2022. **Ha7:** Existe relación entre la planificación del embarazo con depresión postparto en puérperas inmediatas del Hospital Amazónico de Yarinacocha, octubre 2022. **Ha8:** Existe relación entre la vía del parto con depresión postparto en puérperas inmediatas del Hospital Amazónico de Yarinacocha, octubre 2022. **Ha9:** Existe relación entre el trastorno del embarazo con depresión postparto en puérperas inmediatas del Hospital Amazónico de Yarinacocha, octubre 2022. **Ha10:** Existe relación entre el sexo del recién nacido con depresión		• Método de la Investigación Tipo deductivo • Diseño De Investigación. Trasversal, Descriptivo, correlacional.

Hospital Amazónico de Yarinacocha octubre 2022? • ¿Cuál es la relación entre el sexo del recién nacido con depresión postparto en puérperas inmediatas del Hospital Amazónico de Yarinacocha, octubre 2022? • ¿Cuál es la relación entre la hospitalización del recién nacido con depresión postparto en puérperas inmediatas del Hospital Amazónico de Yarinacocha octubre 2022?	• Determinar la relación entre el sexo del recién nacido con depresión postparto en puérperas inmediatas del Hospital Amazónico de Yarinacocha, octubre 2022. • Determinar la relación entre la hospitalización del recién nacido con depresión postparto en puérperas inmediatas del Hospital Amazónico de Yarinacocha, octubre 2022.	postparto en puérperas inmediatas del Hospital Amazónico de Yarinacocha, octubre 2022. **Ha11:** Existe relación entre la hospitalización del recién nacido con depresión postparto en puérperas inmediatas del Hospital Amazónico de Yarinacocha, octubre 2022.		