



UNIVERSIDAD NACIONAL DEL ALTIPLANO
FACULTAD DE MEDICINA HUMANA
ESCUELA PROFESIONAL DE MEDICINA HUMANA



**FACTORES ASOCIADOS A DEPRESIÓN POSPARTO EN
PUÉRPERAS ATENDIDAS EN EL HOSPITAL CARLOS MONGE
MEDRANO DE JULIACA EN EL AÑO 2024**

TÉSIS

PRESENTADA POR:

Bach. WASHINGTON WALTER MOLLEPAZA LUQUE

PARA OPTAR EL TÍTULO PROFESIONAL DE:

MÉDICO - CIRUJANO

PUNO – PERÚ

2024



WASHINGTON WALTER MOLLEPAZA LUQUE

FACTORES ASOCIADOS A DEPRESIÓN POSPARTO EN PUÉRPERAS ATENDIDAS EN EL HOSPITAL CARLOS MONGE M...

 Universidad Nacional del Altiplano

Detalles del documento

Identificador de la entrega

trn:oid::8254:416137247

114 Páginas

Fecha de entrega

14 dic 2024, 9:18 a.m. GMT-5

21,101 Palabras

Fecha de descarga

14 dic 2024, 9:24 a.m. GMT-5

118,459 Caracteres

Nombre de archivo

tesis final walter.docx

Tamaño de archivo

5.5 MB





19% Similitud general

El total combinado de todas las coincidencias, incluidas las fuentes superpuestas, para ca...

Filtrado desde el informe

- Bibliografía
- Texto citado
- Texto mencionado
- Coincidencias menores (menos de 10 palabras)

Fuentes principales

- 17% Fuentes de Internet
- 4% Publicaciones
- 11% Trabajos entregados (trabajos del estudiante)

Marcas de integridad

N.º de alertas de integridad para revisión

No se han detectado manipulaciones de texto sospechosas.

Los algoritmos de nuestro sistema analizan un documento en profundidad para buscar inconsistencias que permitirían distinguirlo de una entrega normal. Si advertimos algo extraño, lo marcamos como una alerta para que pueda revisarlo.

Una marca de alerta no es necesariamente un indicador de problemas. Sin embargo, recomendamos que preste atención y la revise.





DEDICATORIA

Dedicar primeramente a dios por haberme permitido seguir paso a paso hasta llegar a este momento brindándome la fuerza para seguir mi camino.

A mis padres Walter y Nieves por su apoyo incondicional por haberme formado con el ejemplo amor y sabiduría.

A mi hermana Reishel por el ánimo compañía y consejos en los momentos más difíciles.

A mi gran amigo y compañero que en paz descanse Marco Antonio Samillan Sanga un día lo soñamos y ya lo estamos logrando.

Washington Walter Molleapaza Luque.



AGRADECIMIENTOS

Quiero expresar mi más sincero agradecimiento a todas las personas que han contribuido de alguna manera a la elaboración de esta tesis.

A mi familia por su ardua labor en cada etapa y momento de este largo camino en mi formación académica.

También quiero agradecer a mi asesor el Dr. Fredy Passara Zeballos por su orientación apoyo y paciencia.

Finalmente quiero agradecer a todas las personas que participaron en este estudio, por su tiempo paciencia y disposición para este estudio.

Washington Walter Molleapaza Luque.



ÍNDICE GENERAL

	Pág.
DEDICATORIA	
AGRADECIMIENTOS	
ÍNDICE GENERAL	
ÍNDICE DE TABLAS	
ÍNDICE DE FIGURAS	
ÍNDICE DE ANEXOS	
ACRÓNIMOS	
RESUMEN	15
ABSTRACT.....	16
CAPITULO I	
INTRODUCCIÓN	
1.1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	17
1.2. FORMULACIÓN DEL PROBLEMA.	19
1.2.1. Problema general.....	19
1.3. HIPOTESIS	20
1.3.1. Hipótesis general	20
1.4. JUSTIFICACION DEL ESTUDIO.....	20
1.5. OBJETIVOS.....	22
1.5.1. Objetivo general	22
1.5.2. Objetivos específicos	23
CAPÍTULO II	
REVISIÓN DE MARCO TEÓRICO	
2.1. ANTECEDENTES	24



2.1.1. A nivel internacional	24
2.1.2. A nivel nacional	29
2.1.3. A nivel Regional	32
2.2. REFERENCIAS TEORICAS	36
2.2.1. Aspectos generales	36
2.2.2. Etiología	38
2.2.2.1. Causas Biológicas	39
2.2.2.2. Causas Psicológicas (12).....	40
2.2.2.3. Causas Sociales (6)	40
2.2.2.4. Causas Obstétricas y Neonatales (31)	40
2.2.2.5. Causas Genéticas.....	41
2.2.3. Epidemiología	41
2.2.4. Fisiopatología	42
2.2.5. Cuadro clínico	44
2.2.6. Diagnóstico	46
2.2.7. Tratamiento y Manejo	48
2.2.7.1. Medicamentos antidepressivos	48
2.2.7.2. Terapia con neuroesteroides.....	50
2.2.7.3. Terapias no farmacológicas	52
2.2.8. Diagnóstico diferencial.	53
2.2.9. Pronóstico.....	54
2.2.10. Complicaciones	55
2.2.11. Factores de riesgo.....	55



CAPÍTULO III

MATERIALES Y MÉTODOS

3.1. METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN	57
3.1.1. Tipo de estudio	57
3.2. DISEÑO DE INVESTIGACIÓN.....	57
3.3. POBLACIÓN Y MUESTRA.....	57
3.3.1. Población.....	57
3.3.2. TAMAÑO DE MUESTRA.....	57
3.3.3. Selección de la muestra	57
3.3.4. Criterios De Inclusión.....	58
3.3.5. Criterios De Exclusión	58
3.2.6. Ubicación y descripción de la población	58
3.4. TÉCNICAS E INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS	58
3.4.1. Técnica de recolección de datos.....	58
3.4.2. Procedimiento de recolección de datos	58
3.4.3. Procesamiento y análisis de datos	59
3.4.3.1. Variable dependiente.....	59
3.4.3.2. Variables independientes	59
3.4.4. Operacionalización de variables: (ver anexo 1)	60
3.5. ASPECTOS ETICOS	60

CAPÍTULO IV

RESULTADOS Y DISCUSIÓN

4.1. RESULTADOS.....	61
4.2. DISCUSIÓN	76
V. CONCLUSIONES.....	85



VI. RECOMENDACIONES.....	86
VII. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	89
ANEXOS.....	100

Área : Ciencias médicas clínicas

Tema : Depresión posparto

FECHA DE SUSTENTACION:



ÍNDICE DE TABLAS

	Pág.
Tabla 1 Factores sociodemográficos asociados a depresión postparto en puérperas atendidas en el Hospital Carlos Monge Medrano de Juliaca en el año 2024.	72
Tabla 2 Factores gineco-obstétricos asociados a depresión postparto en puérperas atendidas en el Hospital Carlos Monge Medrano de Juliaca en el año 2024.	74
Tabla 3 Comorbilidades asociadas a depresión postparto en puérperas atendidas en el Hospital Carlos Monge Medrano de Juliaca en el año 2024.	75



ÍNDICE DE FIGURAS

	Pág.
Figura 1. Prevalencia de depresión posparto en puérperas atendidas en el Hospital Carlos Monge Medrano de Juliaca en el año 2024.....	61
Figura 2 Depresión posparto, según edad, en puérperas atendidas en el Hospital Carlos Monge Medrano de Juliaca en el año 2024.....	62
Figura 3. Depresión posparto, según estado civil, en puérperas atendidas en el Hospital Carlos Monge Medrano de Juliaca en el año 2024.....	62
Figura 4 Depresión posparto, según nivel educativo, en puérperas atendidas en el Hospital Carlos Monge Medrano de Juliaca en el año 2024.....	63
Figura 5 Depresión posparto, según apoyo de la familia, en puérperas atendidas en el Hospital Carlos Monge Medrano de Juliaca en el año 2024.....	64
Figura 6 Depresión posparto, según violencia y abuso, en puérperas atendidas en el Hospital Carlos Monge Medrano de Juliaca en el año 2024.....	64
Figura 7 Depresión posparto, según lugar de procedencia, en puérperas atendidas en el Hospital Carlos Monge Medrano de Juliaca en el año 2024.....	65
Figura 8 Depresión posparto, según tipo de parto, en puérperas atendidas en el Hospital Carlos Monge Medrano de Juliaca en el año 2024.....	66
Figura 9 Depresión posparto, según aborto previo, en puérperas atendidas en el Hospital Carlos Monge Medrano de Juliaca en el año 2024.....	66
Figura 10 Depresión posparto, según paridad, en puérperas atendidas en el Hospital Carlos Monge Medrano de Juliaca en el año 2024.....	67
Figura 11 Depresión posparto, según comorbilidad de diabetes mellitus, en puérperas atendidas en el Hospital Carlos Monge Medrano de Juliaca en el año 2024.....	68



Figura 12	Depresión posparto, según depresión previa, en puérperas atendidas en el Hospital Carlos Monge Medrano de Juliaca en el año 2024.	68
Figura 13	Depresión posparto, según comorbilidad de obesidad y sobrepeso, en puérperas atendidas en el Hospital Carlos Monge Medrano de Juliaca en el año 2024.	69



ÍNDICE DE ANEXOS

	Pág.
ANEXO 1 Operacionalización de variables	100
ANEXO 2 Ficha de recolección de datos	101
ANEXO 3 Solicitud para acceder a la ejecución de la investigación del hospital Carlos Monge Medrano de Juliaca para ejecución de la investigación	106
ANEXO 4 Evaluación del instrumento por juicio de expertos	107
ANEXO 5 Declaración jurada de autenticidad de tesis.....	110
ANEXO 6 Autorización para el depósito de tesis en el Repositorio Institucional....	111



ACRÓNIMOS

OR:	Odds Ratio
DPP:	Depresión posparto
AOR:	Área bajo la curva
EPDS:	Test de Edimburgo
ENDES:	Encuesta Nacional de Demografía y Salud
HPA:	Eje hipotálamo-hipofisario-adrenal
GABA:	Acido Gama Amino butírico
ACOG:	Colegio Estado Unidense de Obstetricia y Ginecología
FDA:	Administración de Alimentos y Medicamentos
TEC:	Terapia electro convulsiva



RESUMEN

Objetivo: Determinar los factores asociados a depresión postparto en puérperas atendidas en el Hospital Carlos Monge Medrano de Juliaca en el año 2024. **Metodología:** El estudio fue observacional, analítico y transversal se llevó evaluando puérperas de 12 a más semanas atendidas en el 2024. El diseño de investigación fue no experimental. La población comprendió 165 puérperas de 12 a más semanas posparto, todas incluidas en el estudio debido a la selección censal. Los datos se recopilaron mediante entrevista personal aplicando la ficha de recolección de datos y el test de Edimburgo. La recolección fue autorizada por la Dirección del hospital y el jefe del servicio de CRED, utilizando una ficha de recolección validada por médicos especialistas. Los datos se analizaron descriptivamente, calculando frecuencias absolutas y relativas, así como el Odds Ratio, el intervalo de confianza y el valor p utilizando el software estadístico STATA versión 1.

Resultados: La prevalencia de depresión posparto fue de 21.21%. Se encontró que la edad de 35 años o más se asoció con un mayor riesgo de depresión posparto (OR: 3.18; p: 0.0487). Las mujeres que experimentaron violencia física también presentaron un riesgo significativamente mayor (OR: 66.81; p < 0.001). Proceder de una zona rural (OR: 2.15; p: 0.034) y haber tenido un parto por cesárea (OR: 2.49; p: 0.049) también fueron factores asociados. Por otro lado, la ausencia de violencia y el parto vaginal se asociaron con un menor riesgo de depresión posparto. La obesidad y el sobrepeso aumentaron el riesgo de depresión (OR: 9.29; p: 0.03). **Conclusiones:** la edad de 35 años o más, la violencia física, la obesidad y el sobrepeso, así como el parto por cesárea, están asociados con un mayor riesgo de depresión posparto. En contraste, la ausencia de violencia y el parto vaginal se asocian con un menor riesgo de desarrollar esta condición.

Palabras clave: Depresión, Posparto, Factores, Asociados.



ABSTRACT

Objective: To determine the factors associated with postpartum depression in women attended at Carlos Monge Medrano Hospital in Juliaca during 2024. **Methodology:** The study was observational, analytical, and cross-sectional, evaluating postpartum women at 12 or more weeks postpartum in 2024. The research design was non-experimental. The population consisted of 165 postpartum women at 12 or more weeks, all included in the study through a census-based selection. Data were collected through personal interviews using a data collection form and the Edinburgh Postnatal Depression Scale. Authorization for data collection was obtained from the hospital administration and the head of the CRED service, using a validated collection form by specialist physicians. Data were analyzed descriptively, calculating absolute and relative frequencies, Odds Ratios, confidence intervals, and p-values using STATA version 1 statistical software. **Results:** The prevalence of postpartum depression was 21.21%. It was found that age 35 or older was associated with a higher risk of postpartum depression (OR: 3.18; p: 0.0487). Women who experienced physical violence also had a significantly higher risk (OR: 66.81; p < 0.001). Living in rural areas (OR: 2.15; p: 0.034) and having a cesarean delivery (OR: 2.49; p: 0.049) were also associated factors. Conversely, the absence of violence and vaginal delivery were associated with a lower risk of postpartum depression. Obesity and overweight increased the risk of depression (OR: 9.29; p: 0.03). **Conclusions:** Age 35 or older, physical violence, obesity, overweight, and cesarean delivery are associated with a higher risk of postpartum depression. In contrast, the absence of violence and vaginal delivery are associated with a lower risk of developing this condition.

Keywords: Depression, Postpartum, Factors, Associated.



CAPITULO I

INTRODUCCIÓN

1.1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

La depresión posparto (DPP) es un trastorno del estado de ánimo grave que afecta a las mujeres después del parto, con síntomas como estado de ánimo deprimido, anhedonia, alteraciones en el sueño y el apetito, y ansiedad. Según el Manual Diagnóstico y Estadístico de Trastornos Mentales, 5.a edición (DSM-V), la DPP se define como depresión menor o mayor unipolar que ocurre durante las 4 primeras semanas posteriores al parto, mientras que la Clasificación Internacional de Enfermedades, 10.a edición (CIE-10), establece este periodo en las 6 semanas siguientes. Sin embargo, para fines clínicos y de investigación, este periodo puede extenderse hasta 3 meses e incluso hasta 1 año postparto. La DPP representa un desafío significativo para la salud mental y física de la madre, afectando su capacidad para establecer un vínculo adecuado con el recién nacido y comprometido tanto el bienestar de la madre como el desarrollo emocional y cognitivo del niño. Es una de las principales causas de morbilidad postnatal, y su manejo temprano es crucial para prevenir complicaciones a largo plazo en ambos (1).

Existen características sociodemográficas y gineco-obstétricas de las puérperas, como la edad, el estado civil, el nivel educativo, así como factores relacionados con el embarazo, el tipo de parto y las comorbilidades existentes, también desempeñan un papel crucial en la aparición de la depresión postparto. Estos elementos combinados contribuyen significativamente al desarrollo de este trastorno, afectando tanto la salud mental de la madre como el bienestar del recién nacido (2).



La depresión posparto es una condición común que afecta a alrededor del 25% de las mujeres después del parto en todo el mundo. En América Latina se estima que hasta el 56% de puérperas padecen de depresión posparto en los 4 primeros meses del puerperio. Algunos estudios revelan diferentes prevalencias, así tenemos, en México es de 30% hasta los 12 primeros meses de puerperio, en Chile es de 9.2% en los 2 meses posparto (1).

Los cambios físicos y emocionales que experimentan las nuevas madres a menudo generan conflictos entre sus metas personales y sus responsabilidades maternas. Esta transición suele aumentar el riesgo de estrés psicológico y cambios en el estado de ánimo. El período perinatal y posparto presenta desafíos importantes tanto para las madres como para los padres, lo que puede resultar en un desequilibrio entre las exigencias que enfrentan y sus recursos emocionales (3,4).

En la actualidad, la depresión posparto ha sido oficialmente reconocida en el DSM-V, siendo clasificada como "trastorno depresivo perinatal". Es la complicación más frecuente después del parto y tiene un impacto significativo en la salud materna, siendo el suicidio responsable de aproximadamente el 20% de las muertes posparto. En Estados Unidos se reporta un riesgo incrementado de suicidio del 1.6 a 4.5 por cada 100,000 casos. Además de afectar a las mujeres, esta condición también afecta a los hombres, lo que ha generado un mayor interés y la implementación de estrategias para abordar la salud mental paterna. La depresión materna se identifica como un factor de riesgo primario en este contexto (5).

Estudios realizados en el Perú han destacado una prevalencia significativa de mujeres posparto que experimentan síntomas de depresión. La investigación en Arequipa informó una incidencia del 45.13% entre las mujeres que exhibían estos síntomas,



mientras que, en Lima, la cifra fue del 34.1%. mientras que en la región de Puno durante el 2023 se tiene registrado 35 casos de pacientes que acudieron al área de salud mental y psicología teniendo la ciudad de Puno el 34.2% de pacientes con esta sintomatología, en el 2024 se registraron 28 casos teniendo la ciudad de Juliaca la mayor cantidad de pacientes con síntomas depresivos. (6).

Para contrarrestar esta situación, se debe implementar estrategias para prevenir la aparición de la depresión posparto. Los cambios recientes en la forma en que se aborda e identifica esta condición conducen a la prevención de casos graves, junto con la detección oportuna y el inicio de un tratamiento adecuado, que incluye enfoques tanto conservadores como farmacológicos (7).

1.2. FORMULACIÓN DEL PROBLEMA.

1.2.1. Problema general

¿Cuáles son los factores asociados a depresión posparto en puérperas atendidas en el Hospital Carlos Monge Medrano de Juliaca en el año 2024?

El aporte del presente trabajo radica en que, en Puno se realizaron 2 estudios, uno en adolescentes y otro en etapa tardía del puerperio; en nuestro estudio se encontró factores en otros grupos de edad diferentes a la adolescencia y además estos datos corresponden a la etapa precoz del puerperio. Por otro lado, los resultados del estudio corresponden a datos propios del Hospital Carlos Monge Medrano, información que es nueva para el Hospital.



1.3. HIPOTESIS

1.3.1. Hipótesis general

La edad avanzada (mayor a 35 años), tipo de parto (cesárea), obesidad y sobre peso. Son los factores asociados a depresión post parto en pacientes atendidas en el Hospital Carlos Monge Medrano de Juliaca entre los meses (marzo – mayo) en el año 2024

1.4. JUSTIFICACION DEL ESTUDIO

La DPP es un problema de salud pública con una prevalencia estimada del 10-20% a nivel mundial, que puede superar el 25% en países de ingresos bajos y medios (5).

En América Latina se estima que hasta el 56% de puérperas padecen de depresión posparto en los 4 primeros meses del puerperio. Algunos estudios revelan diferentes prevalencias, así tenemos, en México es de 30% hasta los 12 primeros meses de puerperio, en Chile es de 9.2% en los 2 meses posparto (1).

Estudios realizados en el Perú han destacado una prevalencia significativa de mujeres posparto que experimentan síntomas de depresión. La investigación en Arequipa informó una incidencia del 45.13% entre las mujeres que exhibían estos síntomas, mientras que, en Lima, la cifra fue del 34.1% (6).

En Puno, donde hay factores como pobreza, barreras culturales y acceso limitado a servicios de salud mental pueden agravar este problema. En el Hospital Carlos Monge Medrano de Juliaca, donde se atienden aproximadamente 1,500 partos anuales, se estima que algunas de estas puérperas podrían estar en riesgo de desarrollar DPP. Esta afección afecta tanto la salud materna como el desarrollo infantil y el entorno familiar, destacando la necesidad de identificar los factores sociodemográficos, gineco-obstétricos y



comorbilidades asociados a la DPP en este contexto. Este estudio contribuirá a la evidencia científica, fundamentando estrategias de prevención y manejo oportuno para mejorar la salud materna y perinatal en la región.

Teniendo en consideración que, la depresión posparto es una condición mental significativa que compromete a una proporción considerable de mujeres posteriormente al parto, teniendo un impacto negativo tanto en su bienestar emocional como en su capacidad para cuidar a su recién nacido y aunque se reconoce ampliamente como una complicación común del período posparto, su comprensión y tratamiento aún enfrentan desafíos significativos. Por lo tanto, la justificación de este proyecto de tesis radica en la necesidad de investigar y comprender los factores asociados con la depresión posparto en las mujeres que asisten al Hospital Carlos Monge Medrano en el año 2024. Es importante mencionar que las gestantes que ingresaron al estudio tenía de 18 a 39 años.

La relevancia de este estudio se basa en varios aspectos:

Impacto en la salud materna: La depresión posparto puede tener repercusiones graves en la salud física y mental de las mujeres, afectando su capacidad para llevar a cabo las tareas cotidianas, cuidar de sí mismas y de sus bebés, y disfrutar de la experiencia de la maternidad. La DPP puede generar consecuencias graves en al menos el 20% de las madres puérperas, quienes podrían desarrollar trastornos emocionales persistentes o incluso depresión crónica. En casos extremos, hasta el 5% podría presentar conductas suicidas. La importancia del estudio se basa en que los resultados permitirán implementar estrategias para detectar y tratar adecuadamente la DPP y mejorar la salud materna (8).

Impacto en el desarrollo infantil: Esta patología también puede presentar efectos adversos en el desarrollo conductual, cognitivo y mental del niño, lo que subraya la



importancia de identificar y tratar esta afección de manera oportuna para disminuir los efectos adversos antes mencionados.

Importancia del contexto hospitalario: El Hospital Carlos Monge Medrano de Juliaca es un entorno crucial para abordar este problema, ya que es un centro de atención médica donde se brinda atención obstétrica y posnatal a mujeres durante el período posparto. Por lo tanto, los resultados de este estudio son relevantes para desarrollar estrategias en el manejo de la DPP.

Contribución a la evidencia científica: Este estudio ayuda a comprender los factores específicos relacionados al desarrollo de la depresión posparto en esta población, proporcionando datos empíricos para proponer políticas y prácticas de atención de la salud materna.

Este proyecto de tesis tiene como objetivo abordar una necesidad importante en el campo de la salud materna al investigar los factores asociados a la depresión posparto en mujeres que acuden al “Hospital Carlos Monge Medrano de Juliaca” en el año 2024. Los hallazgos de este estudio tienen implicaciones significativas para la prevención, detección y tratamiento de esta afección, mejorando así la salud y el bienestar de la madre y de su hijo.

1.5. OBJETIVOS

1.5.1. Objetivo general

Determinar los factores asociados a depresión posparto en puérperas atendidas en el Hospital Carlos Monge Medrano de Juliaca en el año 2024.



1.5.2. Objetivos específicos

- Describir las características sociodemográficas, gineco-obstetricas y las comorbilidades de la depresión postparto en puérperas atendidas en el Hospital Carlos Monge Medrano de Juliaca en el año 2024.
- Precisar los factores sociodemográficos asociados a depresión postparto en puérperas atendidas en el Hospital Carlos Monge Medrano de Juliaca en el año 2024.
- Identificar los factores gineco-obstetricos asociados a depresión postparto en puérperas atendidas en el Hospital Carlos Monge Medrano de Juliaca en el año 2024.
- Determinar las comorbilidades asociadas a depresión postparto en puérperas atendidas en el Hospital Carlos Monge Medrano de Juliaca en el año 2024.



CAPÍTULO II

REVISIÓN DE MARCO TEÓRICO

2.1. ANTECEDENTES

2.1.1. A nivel internacional

Coca K et al (9) en el 2023 publicaron un artículo, cuyo objetivo fue examinar los factores asociados con los síntomas de depresión posparto (DPP) durante la pandemia de COVID-19 entre mujeres posparto en cinco países, un tema que no ha sido investigado hasta ahora. Fue una encuesta en línea, transversal y multinacional con una muestra de conveniencia de 3,523 mujeres posparto en Brasil, Corea del Sur, Taiwán, Tailandia y el Reino Unido, de julio a noviembre de 2021. Investigaron datos sociodemográficos y obstétricos, inseguridad alimentaria, estado positivo de COVID-19, vacunación contra COVID-19, alimentación infantil, puntuación de creencia en la lactancia materna y apoyo social. Los síntomas de DPP y el apoyo social se midieron utilizando la Escala de Edimburgo y el test de Apoyo Social Materno, respectivamente. Utilizaron estadísticas descriptivas, pruebas de chi-cuadrado y pruebas t para identificar asociaciones con los síntomas de DPP. Calcularon la razón de momio (OR) ajustada e IC del 95% (IC). Encontraron que las mujeres en Taiwán (AOR = 0.5; IC 0.34, 0.73) y Tailandia (AOR = 0.68; IC 0.46, 0.99) tuvieron un menor riesgo de síntomas de DPP que las de Brasil. Además, las mujeres con embarazos planificados tuvieron menos riesgo de DPP (AOR = 0.74; IC95% 0.59, 0.91). Las mujeres más jóvenes (AOR = 1.62; IC del 95% 1.05, 2.51), aquellas con complicaciones en el embarazo, parto o puerperio (AOR = 1.71; IC del 95% 1.42, 2.06), y aquellas que no experimentaron cambios o experimentaron una



inseguridad alimentaria peor durante COVID-19 (AOR = 1.66; IC del 95% 1.21, 1.27 para ningún cambio y AOR = 1.68; IC del 95% 1.27, 1.23, respectivamente) presentaron una mayor probabilidad de tener DPP. La alimentación de los bebés con leche materna exclusiva (AOR = 1.25; IC del 95% 1.03, 1.50) y/o alimentos complementarios (AOR = 1.51; IC del 95% 1.17, 1.94) se asoció con síntomas de DPP. Además, las mujeres que recibieron un apoyo bajo (AOR = 7.74; IC del 95% 5.43, 11.03) o medio (AOR = 3.25; IC del 95% 2.71, 3.88) tenían una mayor probabilidad de tener DPP. Concluyeron que los síntomas de DPP durante la pandemia fueron prevalentes entre las mujeres jóvenes, especialmente las brasileñas, con problemas de salud durante el ciclo perinatal, y que alimentaron a sus bebés con leche materna expresada y/o alimentos complementarios.

Xayyabouapha A et al (10) publicaron una investigación en el 2022 en Vietnam, con la finalidad de examinar la prevalencia y los factores relacionados con la depresión posparto. Fue de diseño transversal, con un muestreo por etapas utilizado para identificar a mujeres entre 4 y 24 semanas posteriores al parto (N = 521). Utilizaron el test de Depresión postparto de Edimburgo en la identificación de mujeres con síntomas depresivos posparto. Regresiones logísticas univariadas y multivariadas identificaron las características relacionadas con los síntomas depresivos posteriores al parto. La incidencia de sintomatología depresiva posparto de las participantes era 21.3%. Los factores asociados fueron tener 2 a 3 hijos vivos (OR: 1.9), alteraciones de salud mental en la gestación (OR: 3.3), violen familiar (OR: 2.5), violencia con la pareja (OR: 2.6) y apoyo familiar no adecuado (OR: 5.6). Concluyeron que existe elevada prevalencia de DPP.

Bradshaw H (11) en el 2021 en Baltimore publicaron un artículo, cuyo objetivo fue evaluar la asociación entre la edad materna, la paridad, el número de



gestaciones (única vs. gemelar), el género del recién nacido y los síntomas autoreportados de depresión posparto (DPP) en una gran muestra multinacional utilizando datos de encuestas de una aplicación telefónica digital. Mujeres que utilizaban la aplicación Flo respondieron a una encuesta (disponible en 10 idiomas) desde enero de 2018 hasta abril de 2020. Una pregunta de la encuesta sobre el estado emocional se utilizó para determinar la presencia de DPP. Se utilizaron estadísticas de chi-cuadrado para comparar grupos. Se calculó una prevalencia media ponderada en función del estado socioeconómico y la población reproductiva de cada país en 2020. Participaron más de un millón de mujeres de 138 países. De todos los encuestados, el 9,4% informó síntomas de DPP. La prevalencia media ponderada de DPP fue del 11%. Encontraron que los síntomas de DPP disminuyeron con la edad avanzada. Las madres primerizas informaron tasas más altas de DPP. Los partos gemelares se asociaron con una mayor carga de síntomas que los partos únicos y las madres de gemelos en el grupo de mayor edad reportaron la mayor carga. No encontraron una diferencia clínicamente significativa en las tasas de DPP entre madres de niñas y niños únicos. Concluyeron que este estudio es el primero en examinar los factores de riesgo para los síntomas posparto utilizando la misma encuesta en una gran población internacional. Estos resultados pueden contribuir a la investigación y objetivos clínicos para identificar y tratar la depresión materna de manera más efectiva.

Genchi F et al (12) en el 2021 en México publicaron una investigación con la finalidad de determinar la prevalencia de la depresión posparto y los factores relacionados en mujeres que acuden al “Hospital General Progreso, Acapulco, Guerrero, México”. Fue un estudio prospectivo, observacional y transversal de



una serie de casos. Emplearon un cuestionario que incluía el test de Edimburgo (EPDS) en la evaluación de la depresión. También, recogieron información sociodemográfica, historial de atención prenatal, antecedentes obstétricos, atención durante el parto y otros datos relevantes sobre la pareja de las pacientes. Utilizaron análisis bivariados y multivariados para evaluar los factores relacionados con la depresión posparto. Encontraron que se analizaron datos de 485 puérperas con una edad media de 24.6 años. La prevalencia fue del 16%. En el análisis multivariado, los factores relacionados fueron patologías durante el parto (IC: 1.6-6.5), antecedentes de ingesta de alcohol previamente a la gestación (IC: 1.2-3.3) y tener apoyo de la pareja (IC95%: 0.17-0.68). Concluyeron que el consumo previo de alcohol y las complicaciones durante el parto fueron indicadores de posibles episodios de depresión posparto. Aquellas pacientes que la experimentaron fueron remitidas tempranamente a los servicios de Psicología. Se destaca la importancia del apoyo emocional del esposo para reducir el riesgo de depresión posparto en las pacientes.

Fernández M et al (13) en el 2020 en Brasil publicaron un artículo, cuyo objetivo fue monitorear la depresión posparto entre mujeres atendidas en el primer nivel de atención. Aplicaron una encuesta sociodemográfica y el test de Edimburgo a 123 mujeres posparto entre 2 a 24 semanas posteriores al parto. Determinaron la incidencia de depresión y evaluaron su relación con características sociodemográficas usando el chi-cuadrado. Identificaron depresión posible en 19.51%, y se relacionó con la edad entre 36 a 44 años, el tiempo de vida del niño (4 a 6 meses), la situación conyugal (divorciado), escaso ingreso y no hubo relación con el nivel educativo materno. Concluyeron que es necesario investigar la depresión posparto en el primer nivel de atención, dando importancia



a las características sociodemográficas e individuales. Estos criterios deben ser evaluados por el personal de enfermería, quienes deben implementar planes de atención integrada desde la atención prenatal.

Inthaphatha S et al (14) en el 2020 en Asia publicaron una investigación, con el propósito de determinar la prevalencia de la depresión posparto e identificar las características asociados a depresión posparto en Vietnam Capital, República Democrática Popular Lao. Los participantes fueron 428 puérperas con 6 a 8 semanas posteriores al parto en 4 hospitales en Vietnam para recibir atención posnatal de julio a agosto de 2019. Utilizaron cuestionarios estructurados para recopilar datos sociodemográficos, obstétricos e infantiles, y psiquiátricos sobre las mujeres y sus parejas. El test de Edimburgo (EPDS) se utilizó en la identificación de casos sospechosos de depresión posparto con un puntaje de corte de 9/10. Utilizaron regresión logística multivariable para examinar los factores independientes asociados con la depresión posparto sospechada ($EPDS \geq 10$). El promedio de edad fue de 28.1 años, con una incidencia de depresión posparto sospechada de 31.8%. La regresión logística multivariable utilizando variables que fueron estadísticamente significativas en análisis bivariados indicó que tres variables estaban asociadas con la depresión posparto sospechada: gestación no deseada (AOR = 1.66), poco satisfecha con el parto (AOR = 1.85) y depresión en la gestación (AOR = 3.99). Concluyeron que el embarazo no deseado, la baja satisfacción con el parto y la depresión previa son factores de riesgo independientes en la depresión posparto. Estos resultados sugieren que la salud mental de las mujeres embarazadas debe ser monitoreada y que los servicios de atención médica, especialmente la planificación familiar y la atención de parto de apoyo, deben ser fortalecidos para prevenir la depresión posparto.



2.1.2. A nivel nacional

Leveau H, et al (15) en el 2024 en Ica publicaron una investigación cuyo objetivo fue identificar los factores sociodemográficos asociados a la depresión posparto en mujeres atendidas en un hospital peruano. Se realizó una investigación observacional, analítica y transversal con diseño de casos y controles en el “Hospital Regional de Ica, Perú”. Participaron 173 casos (puérperas con riesgo de depresión posparto) y 173 controles (puérperas sin riesgo), encuestadas entre mayo y octubre de 2022, de 15 a 30 días después del parto. La depresión posparto se evaluó mediante la Escala de Depresión Postnatal de Edimburgo (EPDS), utilizando un punto de corte de ≥ 13 , y recopilaron datos generales mediante una ficha. Encontraron una prevalencia de depresión posparto del 18.8% (IC95%: 16.3-21.3), asociándose significativamente a factores como edad menor de 20 años (OR: 2.2; IC95%: 1.4-3.4; $p < 0.001$), nivel educativo superior (OR: 4.5; IC95%: 2.8-7; $p < 0.001$), estado civil soltera (OR: 4.4; IC95%: 2.8-6.9; $p < 0.001$), mala relación con la pareja (OR: 3.9; IC95%: 2.4-6.1; $p < 0.001$), consumo de psicofármacos (OR: 2.7; IC95%: 1.7-4.4; $p < 0.001$), complicaciones en el trabajo de parto (OR: 2.6; IC95%: 1.6-4.3; $p < 0.001$), parto por cesárea (OR: 3.3; IC95%: 2.1-5.1; $p < 0.001$), antecedente de infección por COVID-19 durante el embarazo (OR: 2.7; IC95%: 1.7-4.2; $p < 0.001$) y tener empleo (OR: 3.2; IC95%: 2.1-5; $p < 0.001$). Concluyeron que la depresión posparto está estrechamente relacionada con factores sociodemográficos y contextuales que requieren intervención oportuna para mitigar sus efectos negativos en la madre y el niño.

Limascca N (16) en el 2023 en Lima publicó su tesis, cuyo objetivo fue identificar los factores vinculados con los síntomas de depresión posparto entre mujeres posparto en edad fértil en Perú, utilizando un análisis de subconjunto de



datos de la encuesta ENDES 2021. Esto implicó llevar a cabo un estudio observacional analítico y retrospectivo utilizando datos secundarios de la ENDES 2021. Los hallazgos revelaron una prevalencia del 5.61% de síntomas de depresión posparto entre mujeres en edad fértil. El análisis indicó que el estado civil, particularmente estar soltera (viuda/divorciada/no conviviente), se correlacionaba con una prevalencia del 14.72% ($p < 0.001$), al igual que el tratamiento previo para la depresión (19.93%, $p < 0.001$), y experimentar violencia doméstica (12.03%, $p < 0.001$). El análisis multivariado identificó que estar soltera con una razón de momios (OR) ajustada de 2.26 (IC del 95%: 1.45-3.53), el tratamiento previo para la depresión con una OR ajustada de 4.02 (IC del 95%: 2.11-7.67), y la violencia doméstica con una OR ajustada de 2.72 (IC del 95%: 1.84-4.01) fueron factores significativos asociados con los síntomas de depresión posparto. Concluyó que un historial de depresión antes del embarazo y estar soltera, junto con la exposición a la violencia doméstica, son factores significativos asociados con los síntomas de depresión posparto entre mujeres posparto en edad fértil.

Zuazo C (17) en el 2022 en Lima, publicó su tesis, cuyo objetivo fue identificar las características asociadas con la depresión posterior al parto entre las pacientes posparto que recibieron atención en el Hospital Santa María del Socorro en 2022. Fue una investigación no experimental, transversal y prospectiva, que involucró la recopilación de datos en tiempo real y el análisis bivariado. Incluyó 86 mujeres posparto con depresión posterior al parto y 86 mujeres posparto sin depresión. La depresión posterior al parto fue evaluada con el cuestionario de Edimburgo. Los hallazgos mostraron que tener 35 años o más está asociado con la depresión posparto (76%) $p = 0.0001$; el estado civil de soltera aumenta la



posibilidad de experimentar depresión (66%) $p= 0.03$. Además, las mujeres posparto con educación primaria son más susceptibles (79%) $p= 0.0001$; las mujeres multíparas presentan mayor riesgo (69%). Aquellas que tuvieron CPN menor a 6 tienen un riesgo 5.1 veces mayor de depresión posparto, con una prevalencia del 77.12% en comparación con aquellas con más de 6 CPN (OR=5.1; IC del 95%: 2.4-11.1). Además, las mujeres posparto que tuvieron COVID-19 son hasta 2.6 veces más vulnerables a la depresión posparto en comparación con aquellas sin este historial, con tasas de prevalencia del 60.5% y 37.2%, respectivamente $p= 0.002$ OR=2.6 (IC del 95%: 1.4-4.8). Concluyó que los factores que aumentan el riesgo identificados incluyen: estar soltera, tener más de 35 años, tener nivel educativo primario, la multiparidad, menos de 6 CPN, y tener antecedentes a infección por COVID-19.

Gonzales E et al (18) publicaron una investigación en el 2020, cuya finalidad fue examinar la correlación entre la depresión posparto y la violencia doméstica entre mujeres residentes en Arequipa, Perú. Emplearon un enfoque prospectivo y observacional para analizar a 288 pacientes posparto. Utilizando el test de Edimburgo. Los hallazgos revelan que el 27.8% exhiben síntomas de depresión posparto, identificándose conflictos de pareja y violencia tanto física como no física como factores contribuyentes. Concluyeron los conflictos de pareja y la violencia física se relacionan con la depresión posparto en mujeres posparto. Por consiguiente, es imperativo desarrollar estrategias intervencionistas interdisciplinarias y abogar por políticas públicas destinadas a mejorar las estrategias de prevención, diagnóstico y tratamiento para las mujeres afectadas por la depresión posparto basadas en las percepciones derivadas de esta investigación.



Silvera M (19) en el 2019 en Lima publicó su tesis, cuya finalidad fue identificar los factores relacionados a la depresión posparto que son atendidas en el Hospital de baja complejidad Vitarte entre octubre y diciembre de 2018. El estudio fue transversal, observacional y descriptivo, siendo la muestra de 292 púerperas. Utilizó el test de Edimburgo, junto con una encuesta para identificar los factores de riesgo, validada por opiniones de expertos. El procesamiento de datos, la tabulación y la creación de gráficos se realizó utilizando SPSS 24.0 y Excel 10.0. Encontró que, entre las mujeres posparto encuestadas, se encontró que el 32.87% experimentaba depresión posparto. En cuanto a los factores sociodemográficos, observaron asociaciones significativas entre las mujeres que eran amas del hogar (63%), carecían de apoyo emocional de sus parejas (54%), y vivían con una pareja (52.1%). En cuanto a los factores obstétricos-perinatales, se observó una mayor prevalencia de depresión posparto entre aquellas que se sometieron a cesárea (68.8%) y entre las primíparas (68%). Concluyendo que las características de riesgo identificadas incluyeron la convivencia, el trabajo doméstico, el nivel educativo limitado y haber sido sometida a una cesárea.

2.1.3. A nivel Regional

Meléndez C (20) en el 2023 publicó una investigación en Puno, cuyo objetivo fue evaluar la relación entre el embarazo no planificado y la aparición de depresión posparto en pacientes atendidas en el “Hospital Carlos Monge Medrano de Juliaca” durante los meses de julio, agosto y septiembre de 2023. Fue un estudio relacional, observacional, prospectivo de casos y controles. La muestra incluyó a 118 pacientes que cumplieron con los criterios de selección, conformada por 37 casos (pacientes con depresión posparto) y 81 controles (pacientes sin depresión posparto). La depresión posparto se evaluó mediante la Escala de



Depresión Postnatal de Edimburgo, y la información general, junto con las variables intervinientes, se recopiló mediante una ficha de recolección de datos. La asociación se analizó utilizando la prueba Chi-cuadrado y el Odds Ratio (OR) con intervalos de confianza del 95%. Encontró una asociación significativa entre el embarazo no planificado y la depresión posparto ($p = 0.03$, $p < 0.05$), con un OR de 2.6 (IC95%: 1.07–6.4), lo que indica que las pacientes con embarazos no planificados tienen 2,6 veces más probabilidades de presentar depresión posparto. La prevalencia de depresión posparto en la población estudiada fue del 31.4%, de las cuales el 78.4% de los casos tuvieron embarazos no planificados, en comparación con el 58.0% de los controles. Concluyó que existe una asociación significativa entre el embarazo no planificado y la depresión posparto.

Chambilla Y (21) en el 2023 en Puno publicó su tesis, cuyo propósito fue identificar los factores correlacionados con la depresión posparto en la etapa tardía del posparto que asisten a los centros de salud “Metropolitano y Simón Bolívar” en Puno, en el período de julio a septiembre de 2023. Realizó un estudio observacional, no experimental y transversal, con enfoque analítico. La muestra consistió en 98 puérperas en etapa tardía que acudieron a los controles de puerperio, así como a los controles de CRED. Se les administró la escala de Edimburgo, junto con una ficha sobre factores de riesgo. Encontró una prevalencia del 27% entre las puérperas en etapa tardía. Se identificaron varios factores asociados, que incluyen poco apoyo del cónyuge ($p < 0.001$), antecedentes psiquiátricos ($p = 0.023$), violencia doméstica ($p < 0.001$) y complicaciones durante el parto ($p = 0.011$). Concluyó que el estudio demostró la asociación entre varios factores propuestos y la depresión posparto en mujeres en etapa tardía del posparto. Estos factores incluyen poco apoyo del cónyuge, antecedentes



psiquiátricos, violencia doméstica y complicación en el parto. Sin embargo, otros factores investigados no mostraron asociación.

Lipa F (2) en el 2023 publicó una investigación en Puno, cuyo objetivo fue examinar cómo los factores biológicos, psicológicos y sociales se asocian con la depresión posparto en mujeres del altiplano peruano. Empleó un enfoque cuantitativo, transversal y descriptivo. El estudio incluyó a 179 mujeres en periodo posparto del Establecimiento de Salud “José Antonio Encinas” en Puno, Perú, de las cuales 78 participaron. Los datos se recopilaron mediante entrevistas utilizando una guía de entrevista y la Escala de Depresión Postnatal de Edimburgo. Los hallazgos mostraron que el 53% de las participantes presentó depresión posparto. Desde el punto de vista biológico, las mujeres con más de seis controles prenatales, sin sesiones de psicoprofilaxis obstétrica, parto vaginal normal, antecedentes de complicaciones durante el embarazo y sin problemas de salud en el recién nacido tuvieron mayor riesgo de desarrollar depresión posparto. Psicológicamente, el apoyo familiar y de la pareja fueron factores protectores que redujeron la probabilidad de depresión. Socialmente, las mujeres de entre 25 y 29 años, con educación superior no universitaria, que convivían con sus parejas, amas de casa y madres primerizas con un solo hijo presentaron mayor prevalencia de depresión posparto. El Concluyó que es importante el control prenatal, el apoyo de la pareja y la consideración de la edad materna para la identificación temprana y el manejo adecuado de la depresión posparto.

Centon J (22) en Puno en el 2020 publico su tesis, cuyo objetivo fue precisar los factores que contribuyen a la depresión posparto en puérperas en la adolescencia que reciben atención en el “Hospital Manuel Núñez Butrón” en Puno, durante el año 2020. El estudio fue no experimental, transversal y



descriptivo. La población de estudio consistió en 60 madres adolescentes posparto que fueron evaluadas para detectar depresión utilizando el cuestionario de Edimburgo. El método de muestreo utilizado fue el muestreo por conveniencia por accesibilidad. Los resultados revelaron que el 60% mostraron síntomas de depresión, mientras que el 40% no lo hizo. En las características demográficas, la edad, el estado civil y la ocupación resultaron ser predictores significativos de depresión, mientras que el nivel educativo no mostró asociación. Factores obstétricos como antecedentes de abortos y dificultades en la lactancia materna se identificaron como factores asociados. Sin embargo, la atención prenatal inadecuada, las enfermedades en el embarazo y patologías del bebé no fueron factores asociados. Entre los factores sociales, la ocupación de la adolescente y de la pareja, el apoyo económico de la familia, mostraron estar asociados con la depresión, mientras que el consumo de sustancias no mostró una asociación significativa. Concluyó que la edad, la situación conyugal y la situación ocupacional, así como antecedentes de aborto y fallecimiento del perinato, se identificaron como predictores de depresión posparto en madres adolescentes. Además, el estado laboral de la adolescente y su pareja se encontró que es un factor social significativo que influye en la depresión posparto.

Tello Z (23) en el 2019 publicó una investigación en Puno cuyo objetivo fue identificar los factores personales, familiares y socioculturales que contribuyen a la depresión postparto en el centro de salud “Simón Bolívar” de Puno en el 2018. Fue de tipo descriptivo, correlacional y transversal Encontró que factores personales como ser mayor de 35 años, tener educación superior y ser ama de casa estaban significativamente relacionados con la depresión postparto. Los factores familiares, como el conflicto con la pareja, el apoyo económico



parcial y la dependencia económica de la pareja, también se asociaron con la depresión postparto. En la dimensión sociocultural, el consumo de alcohol y el empleo ocasional aumentaban la probabilidad de sufrir depresión postparto. En general, el 44% de las mujeres presentó depresión leve, el 41% depresión moderada y 3 mujeres presentaron depresión severa de las 87 estudiadas. Concluyó que la planificación familiar, que implica el uso de métodos anticonceptivos, no fue considerada como un factor en esta investigación, dándose mayor importancia a los objetivos del proyecto.

2.2. REFERENCIAS TEORICAS

2.2.1. Aspectos generales

La DPP es un trastorno de la salud mental que puede manifestarse durante el primer año posterior al parto.

La depresión posparto, según la OMS, es un trastorno del estado de ánimo que afecta a las mujeres después del parto. Se caracteriza por síntomas persistentes de tristeza, ansiedad, irritabilidad, fatiga extrema, dificultad para cuidar del bebé o para realizar actividades diarias, y, en casos graves, pensamientos de autolesión o de dañar al recién nacido (52).

La depresión posparto según OPS es un trastorno mental afectivo severo, que afecta hasta al 56% de las mujeres durante los primeros 4 meses tras el nacimiento de su bebé. Su incidencia mundial es del 15%, y está incluida en el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales, quinta edición (DSM-5) bajo la denominación de “trastorno depresivo durante el período perinatal”. Se asocia a suicidio y filicidio, y el primero es una de las causas más importantes de muerte materna durante el período perinatal. (54)



De acuerdo con el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales, Quinta Edición (DSM-5), la DPP forma parte del término más amplio conocido como depresión perinatal, el cual abarca tanto la depresión prenatal como la posparto. El DSM-5 no clasifica la DPP como una entidad diagnóstica independiente, sino que la incluye dentro del espectro de la depresión periparto (24).

A diferencia de la "depresión periparto," que en muchos casos se resuelve espontáneamente en semanas, la DPP tiene un curso más severo y prolongado, pudiendo persistir durante meses si no se interviene de manera adecuada. Entre los síntomas predominantes de la DPP se encuentran la baja autoestima, pérdida o aumento de apetito, tristeza persistente, alteraciones del sueño, disminución del interés en actividades previamente placenteras, ansiedad, irritabilidad, y, en algunos casos, una actitud hostil hacia el recién nacido. Además, las pacientes suelen experimentar sentimientos de culpa, humillación, y desesperanza, así como dificultades para establecer un vínculo afectivo con el neonato (25,26).

La identificación y manejo oportuno de la DPP son fundamentales para preservar la salud integral de la paciente y el desarrollo adecuado del recién nacido. La falta de tratamiento para la DPP puede comprometer significativamente la capacidad materna para proporcionar cuidados adecuados, lo que a su vez puede asociarse con alteraciones en el desarrollo neurológico, emocional y conductual del lactante a largo plazo. Asimismo, la DPP puede generar tensiones en las dinámicas familiares, afectando la calidad de las relaciones interpersonales dentro del núcleo familiar. En casos más graves, la DPP incrementa el riesgo de ideación y conducta suicida (27).



La detección de la depresión posparto debe ser una parte rutinaria de la atención posparto, utilizando herramientas como la Escala de DPP de Edimburgo para identificar a las personas en riesgo. El tratamiento generalmente implica una combinación de psicoterapia, grupos de apoyo y medicación, incluidos los antidepresivos, que se pueden usar de manera segura durante la lactancia. Hasta el 50% de los casos de depresión posparto permanecen sin diagnosticar debido a la renuencia de las pacientes a revelar los síntomas, en parte debido al estigma en torno a la depresión posparto, que incluye temores de abandono y falta de apoyo tras la revelación (28).

Crear conciencia sobre la depresión posparto, reducir el estigma y garantizar el acceso a recursos de salud mental son pasos esenciales para apoyar a los nuevos padres y promover una dinámica familiar saludable.

2.2.2. Etiología

La causa exacta de la depresión posparto no se conoce por completo, pero las posibles etiologías subyacentes que contribuyen al desarrollo de esta afección incluyen cambios hormonales, predisposición genética y factores de estrés psicosocial. La rápida caída de los niveles de progesterona y estrógeno posteriormente al parto, junto al estrés y falta del sueño que suelen acompañar el cuidado de un recién nacido, pueden desencadenar episodios depresivos en personas susceptibles.

En un metaanálisis de 33 estudios, se señalaron como factores de riesgo la diabetes gestacional, el hecho de tener hijos varones, antecedentes de depresión y el uso de anestesia epidural. Sin embargo, se necesitan más investigaciones para evaluar la verdadera importancia de estos factores de riesgo notificados,



especialmente el sexo del recién nacido y el uso de anestesia epidural. Además de los cambios hormonales, otros cambios en muchas vías metabólicas pueden estar asociados con el desarrollo de la depresión posparto, incluidas las alteraciones en el metabolismo energético, los ciclos de purinas y aminoácidos, el metabolismo de esteroides y neurotransmisores y la exposición a xenobióticos (29).

La DPP es una condición compleja y multifactorial que resulta de la interacción de factores biológicos, psicológicos y sociales. A continuación, se enumeran las principales causas y factores de riesgo asociados:

2.2.2.1. Causas Biológicas

- Alteraciones hormonales: Los cambios abruptos en los niveles de hormonas como estrógenos, progesterona, prolactina y cortisol después del parto pueden contribuir a la DPP (30).
- Disfunción del eje hipotalámico-hipofisario-adrenal (HHA): La hiperactividad del eje HHA, con niveles elevados de cortisol, se asocia con síntomas depresivos.
- Neurotransmisores: Alteraciones en la serotonina, dopamina y ácido gamma-aminobutírico (GABA) están implicadas en la regulación del estado de ánimo y la aparición de DPP (30).
- Neuroesteroides: Niveles reducidos de alopregnanolona, un metabolito de la progesterona, se han asociado con mayor riesgo de DPP.
- Neuroinflamación: Aumento de citoquinas proinflamatorias como la interleucina-6 (IL-6) y el factor de necrosis tumoral alfa (TNF- α) (30).



2.2.2.2. Causas Psicológicas (12)

- Historia de trastornos mentales: Antecedentes personales o familiares de depresión, ansiedad o trastorno bipolar aumentan el riesgo.
- Estrés crónico: Eventos vitales estresantes, falta de apoyo emocional y conflictos familiares contribuyen al desarrollo de la DPP.
- Falta de confianza: Sentimientos de inseguridad sobre la capacidad de cuidar al bebé o el rol materno.

2.2.2.3. Causas Sociales (6)

- Apoyo limitado: La falta de apoyo emocional, social o financiero de la pareja, familia o amigos puede exacerbar la vulnerabilidad.
- Aislamiento social: La pérdida de interacciones sociales o una red de apoyo insuficiente.
- Condiciones socioeconómicas: Dificultades económicas o falta de acceso a servicios de salud.

2.2.2.4. Causas Obstétricas y Neonatales (31)

- Complicaciones durante el embarazo o parto: Preeclampsia, hemorragias, partos prolongados o traumáticos.
- Condiciones del recién nacido: Enfermedades, hospitalización o necesidades especiales.
- Embarazo no planificado: Se ha demostrado que los embarazos no deseados están significativamente asociados con un mayor riesgo de DPP.



2.2.2.5. Causas Genéticas

- Polimorfismos en genes relacionados con la serotonina (HTR2A), el eje HHA (receptor de corticotropina CRH1), y el factor neurotrófico derivado del cerebro (BDNF) (32).

2.2.3. Epidemiología

La depresión es la afección psiquiátrica más común del período periparto. Además, la depresión posparto se asocia con un mayor riesgo de suicidio parental, que es la segunda causa más común de mortalidad posparto. Tiene una incidencia de 6.5% a 20% de las personas posparto a nivel mundial. La incidencia varía según los factores contribuyentes, incluido el entorno cultural y las condiciones económicas del país. Diferentes estudios han encontrado diferentes factores de riesgo para la depresión posparto, lo que resulta en poca consistencia entre los estudios. Según los estudios, la depresión es más frecuente en adolescentes, pacientes con parto prematuro y aquellas que viven en áreas urbanas. En un metanálisis, la prevalencia de depresión posparto fue la más alta en China, con un 21.4%. En comparación, la prevalencia en Japón fue del 14% y la prevalencia en los Estados Unidos fue del 8.6%. El tiempo promedio de aparición de la depresión posparto es de 14 semanas después del parto. En general, los pacientes negros e hispanos tienden a informar la aparición de los síntomas dentro de las 2 semanas posteriores al parto, a diferencia de los pacientes blancos, quienes informan con mayor frecuencia la aparición de los síntomas más tarde (33,34). En el estudio realizado por Limascca N (16), en el Perú señalo que las púerperas de zonas urbanas tuvieron 1.7 veces más riesgo de padecer depresión posparto en comparación a las púerperas de zona rural; esto podría explicarse porque en las

urbes existe mayor estrés socioeconómico asociado al costo de vida y presión laboral. También influyen factores psicosociales adversos como la violencia de género, expectativas sociales elevadas y exposición a los medios.

2.2.4. Fisiopatología

La patogenia de la depresión posparto es actualmente desconocida, pero es probable que sea multifactorial. Se ha propuesto que los factores de estrés genético, hormonal, psicológicos y sociales contribuyen a la aparición de la depresión posparto. La participación de las hormonas reproductivas en el comportamiento depresivo apunta a un mecanismo neuroendocrino detrás de la depresión posparto. Numerosos estudios han demostrado que las fluctuaciones de las hormonas reproductivas pueden provocar desequilibrios hormonales en personas susceptibles. La fisiopatología de la depresión posparto puede ser causada por alteraciones de múltiples sistemas biológicos y endocrinos, por ejemplo, el sistema inmunológico, el eje hipotálamo-hipofisario-adrenal (HPA) y las hormonas lacto génicas (35).

La rápida caída de hormonas reproductivas como la progesterona y el estradiol posteriormente al parto puede ser un factor estresante para las personas vulnerables y potencialmente desencadenar síntomas depresivos. Se pueden notar niveles elevados de cortisol y niveles reducidos de triptófano. La prolactina y la oxitocina también son cruciales en el desarrollo de la DPP, ya que regulan el reflejo de bajada y la producción de leche materna. La falta de lactancia coincide frecuentemente con la aparición de la DPP. Los niveles bajos de oxitocina se observan especialmente en la DPP y en casos de destete precoz e indeseado.



Durante el tercer trimestre, los niveles más bajos de oxitocina se asocian con un aumento de los síntomas depresivos durante el embarazo y después del parto (36).

La disfunción del eje hipotalámico-hipofisario-adrenal (HHA) se ha implicado en la DPP, siendo el estrés un factor de riesgo significativo para esta condición y las alteraciones neuroendocrinas asociadas. La hiperactividad del eje HHA es uno de los hallazgos más consistentes en los trastornos depresivos, con el hipercortisolismo relacionado con síntomas depresivos. Algunos estudios han informado una conexión entre niveles elevados de cortisol en las últimas etapas del embarazo y un aumento en los sentimientos de tristeza (30).

Además, la disfunción en los neurotransmisores también desempeña un papel, incluyendo niveles reducidos de ácido gamma-aminobutírico (GABA) en mujeres con mayor riesgo de DPP, la implicación de la serotonina en el trastorno depresivo mayor y una disminución de la unión de la serotonina a los receptores de 5-hidroxitriptamina 1A (5HT1A) en casos de DPP. Estos cambios contribuyen a una mayor actividad del glutamato en la corteza prefrontal medial y una disminución en la corteza prefrontal dorsolateral en mujeres afectadas. Los efectos de la administración de oxitocina sintética durante el parto son objeto de debate; mientras que algunas evidencias sugieren que puede aumentar el riesgo de depresión o ansiedad posparto (incrementando el riesgo en un 36% en mujeres con síntomas preexistentes), otros estudios indican que podría reducir dicho riesgo (37).

Los neuroesteroides también juegan un papel crítico, observándose que niveles reducidos de alopregnanolona, un metabolito de la progesterona, están



vinculados a un mayor riesgo de DPP, lo que la convierte en un predictor confiable de esta condición.

Los mecanismos neuroinflamatorios también están asociados con la DPP, incluyendo un aumento en las células T reguladoras durante los períodos prenatales y posparto, niveles elevados de interleucina-6 y mayores concentraciones del factor de necrosis tumoral alfa (38).

Por último, se han identificado ciertos polimorfismos genéticos asociados con la DPP, especialmente los relacionados con el gen del factor neurotrófico derivado del cerebro (BDNF), el gen de la enzima catecol-O-metiltransferasa (COMT), el receptor de glucocorticoides, el receptor 1 de la hormona liberadora de corticotropina (CRH receptor 1) y el receptor de serotonina 2A (HTR2A), entre otros (39).

2.2.5. Cuadro clínico

La DPP posparto se diagnostica con al menos 5 síntomas depresivos por lo menos durante 2 semanas. La mayoría de los expertos incluyen la aparición de síntomas que ocurren hasta 12 meses después del parto (40).

Los siguientes 9 síntomas en las personas afectadas pueden estar presentes casi a diario y representar cambios en relación a la rutina anterior; sin embargo, un diagnóstico de depresión posparto debe comprender depresión:

- El estado de ánimo deprimido en la mayor parte del día.
- Inutilidad o culpa
- Retardo psicomotor o agitación
- Pérdida de energía o fatiga



- Ideación o intento de suicidio y pensamientos recurrentes de muerte.
- Cambio de peso o apetito (por ejemplo, un cambio de peso del 5 % en 1 mes)
- Concentración deteriorada o indecisión
- Pérdida de placer o interés (anhedonia), la mayor parte del día.
- Trastornos del sueño (hipersomnía o insomnio)

Los síntomas suelen producir un deterioro y una angustia importantes. Además, la sintomatología no debe al consumo de sustancias ni a una patología. Una alteración psicótica no causa el episodio, ni ha habido una manía ni hipomanía previa. La Clasificación Internacional de Enfermedades-10 señala los episodios depresivos así:

- En la depresión típica grave, moderada o leve, el estado de ánimo está deprimido y disminuye la energía y la actividad.
- La capacidad de concentración, de interés y de disfrutar se reducen. Existe cansancio tras esfuerzos mínimos, con disminución del apetito y alteración del sueño. Son frecuentes los sentimientos de culpa, inutilidad, menor confianza en sí mismo y baja autoestima.
- Se presenta anhedonia, despertarse de forma no usual a primera hora de la mañana, retraso psicomotor marcado, disminución del apetito, pérdida de la libido, pérdida de peso y agitación. Esto puede variar a diario y no son cambios circunstanciales.
- Puede clasificarse como grave, moderado o leve, dependiendo de la severidad y la cantidad de la sintomatología.



La depresión posparto se presenta de manera similar a la depresión no puerperal, pero incluye antecedentes de parto reciente. Los síntomas abarcan estado de ánimo deprimido, pérdida de interés, cambios en el sueño y el apetito, sentimientos de inutilidad, problemas de concentración, pensamientos suicidas y ansiedad. Algunas mujeres también pueden experimentar síntomas psicóticos como delirios y alucinaciones. Esta afección puede afectar el vínculo madre-hijo, la lactancia materna, las prácticas parentales y las relaciones matrimoniales, lo que podría dañar el desarrollo del niño. Abordar la depresión posparto puede reducir los riesgos de problemas psiquiátricos y de conducta en los niños. Un episodio previo de depresión posparto aumenta el riesgo de depresión futura, trastorno bipolar y depresión posparto recurrente, por lo que es esencial considerar los antecedentes personales y familiares.

2.2.6. Diagnóstico

El ACOG, la AAP y la AAFP recomiendan realizar pruebas de detección de depresión posparto a todas las pacientes mediante la EPDS. Durante la evaluación, es esencial incluir los antecedentes de consumo de alcohol y drogas, los hábitos de tabaquismo y fármacos de venta libre. La detección de depresión posparto debe realizarse durante el embarazo y el posparto (41).

Escala de depresión postnatal de Edimburgo (EPDS), es un cuestionario de 10 preguntas que abordan una variedad de síntomas de depresión, como tristeza, ansiedad y problemas para dormir. Los ítems se califican en una escala de 4 puntos, y la puntuación total indica el nivel de depresión percibido por la mujer. Una puntuación total ≥ 13 se asocia con un mayor riesgo de desarrollar depresión posparto y proporciona la base para una evaluación clínica adicional.



Fue desarrollada por J.L. Cox, J.M. Holden, R. Sagovsky en 1987 publicada en a British Journal of Psychiatry [Revista Británica de Psiquiatría] en su Vol. 150. El estudio de validación demostró que las madres que obtienen resultados por encima del umbral del 92.3% es más probable que padezcan de alguna enfermedad depresiva de diferentes niveles de gravedad. (42)

El inventario de depresión de Beck (BDI), desarrollada por Aaron T. Beck, Robert A. Steer y Gregory K. Brown que evalúa la intensidad de los síntomas depresivos, la versión original, publicada en 1961, la revisión de 1971 bajo el título de BDI-1A; y el BDI-II, publicado en 1996. Siendo la última revisión en el 2011 por Jesús Sanz y Carmelo Vázquez, en colaboración con el Departamento de I+D de Pearson Clinical and Talent Assessment España: Frédérique Vallar, Elena de la Guía y Ana Hernández. El BDI-II es un autoinforme que proporciona una medida de la presencia y de la gravedad de la depresión en adultos y adolescentes de 13 años o más. Se compone de 21 ítems indicativos de síntomas tales como tristeza, llanto, pérdida de placer, sentimientos de fracaso y de culpa, pensamientos o deseos de suicidio, pesimismo. El BDI es bastante utilizado como herramienta de evaluación de la depresión por profesionales de la salud y por investigadores en diversas áreas (42)

el test patient health questionnaire-9 (PHQ-9), que es un instrumento general para detectar y monitorizar trastornos depresivos. Los objetivos de la evaluación clínica son establecer el diagnóstico, evaluar los riesgos de suicidio y homicidio y descartar otras enfermedades psiquiátricas. Está constituido por los 9 síntomas del criterio A de EDM del DSM-IV. Estos 9 ítems están dispuestos en forma de una escala de tipo adjetival que evalúa la presencia del síntoma en las 2 últimas semanas que se puntúan de 0 a 3, llegando a una puntuación de entre 0 a



27. Las características psicométricas del PHQ-9, según Kroenke et al. presentan una sensibilidad del 88% y una especificidad del 88%, una consistencia interna adecuada (α de Cronbach de 0,86-0,89), un puntaje prueba-reprueba de 0,84, una concordancia entre el test auto administrado y el realizado por el evaluador del 84% (53).

2.2.7. Tratamiento y Manejo

La prevención de la depresión posparto en pacientes de alto riesgo mediante el asesoramiento y la terapia cognitivo-conductual, así como la terapia interpersonal, ha resultado eficaz. Los médicos deben identificar e implementar estas intervenciones como medidas preventivas para pacientes de alto riesgo (40).

2.2.7.1. Medicamentos antidepresivos

Primero se debe realizar psicoterapia y administrar antidepresivos. La psicoterapia se utiliza en casos leves a moderados. Se recomienda una combinación de terapia y antidepresivos para la depresión moderada a grave. También se puede recomendar la derivación a un recurso de salud conductual. El ACOG recomienda el uso de inhibidores de serotonina, norepinefrina y antidepresivos tricíclicos para la terapia médica de la depresión posparto.

Los inhibidores selectivos de la serotonina son los medicamentos de primera elección. Si estos no son eficaces, se debe considerar además noradrenalina o mirtazapina. La sertralina o el escitalopram son buenas opciones de primera línea para el tratamiento médico. La sertralina cuenta con una amplia y tranquilizadora investigación sobre su seguridad. La fluoxetina y la paroxetina, si se han utilizado con eficacia en el pasado para



un individuo específico, pueden considerarse a pesar de un mayor riesgo de síndrome de adaptación neonatal. Por lo tanto, se debe permitir que el tratamiento de las pacientes que han tenido éxito con un tratamiento médico con un antidepresivo en el pasado reanude ese medicamento eficaz durante o después del embarazo (40).

El objetivo del tratamiento de la DPP es la remisión o resolución de la sintomatología. Se debe utilizar la misma herramienta de detección para hacer un seguimiento de los síntomas. Una mejoría del 50% o más define una respuesta al tratamiento. Se pueden utilizar algoritmos para ayudar a ajustar las dosis de los medicamentos con el uso continuo del Cuestionario de salud del paciente-9 o EPDS. Las afecciones de salud mental tratadas de forma inadecuada o sin tratamiento se asocian con riesgos perinatales, al igual que cualquier agente farmacológico; es necesario reconocer los riesgos de ambos. Se debe utilizar dosis bajas de medicamento para lograr la remisión de la enfermedad. Sin embargo, es fundamental evitar el tratamiento insuficiente, que es común en obstetricia. Se debe evitar la polifarmacia y el cambio de medicamentos si es posible la remisión con el uso de un solo agente. Aunque los beneficios pueden notificarse dentro de la semana posterior al inicio de la terapia oral, la mejoría de los síntomas puede tardar de 4 a 8 semanas (40).

Determinando la dosis efectiva, se recomienda seguir la farmacoterapia por al menos 6 a 12 meses evitando las recaídas. La interrupción del tratamiento médico durante en la gestación o en el posparto da como resultado un alto riesgo de recurrencia y no se recomienda; tampoco se recomienda suspender la medicación en el tercer



trimestre para mitigar el riesgo de síndrome de adaptación neonatal. Además, la interrupción abrupta tanto de los inhibidores de serotonina como de los inhibidores de serotonina y noradrenalina se asocia con complicaciones a menos que se utilice una reducción progresiva durante 2 a 4 semanas. Los síntomas de interrupción pueden incluir malestar gastrointestinal, agitación, ansiedad, dolor de cabeza, mareos, fatiga, alteración del sueño, temblores, mialgias y descargas eléctricas (43).

Las recomendaciones farmacológicas para mujeres lactantes deben abordar los beneficios de la lactancia materna, los posibles riesgos de usar antidepresivos durante la lactancia y los peligros de no tratar la enfermedad. La estimulación magnética transcraneal repetitiva puede ser una opción alternativa para las mujeres preocupadas por la exposición de sus bebés a la medicación. El riesgo asociado con amamantar mientras se toman inhibidores de la recaptación de serotonina es relativamente bajo, por lo que se puede animar a las pacientes a continuar la lactancia mientras toman estos medicamentos. Después de 12 semanas, la terapia cognitivo-conductual, la monoterapia con sertralina y los tratamientos combinados resultaron efectivos, y el grupo de terapia cognitivo-conductual mostró las mejoras más rápidas al inicio del tratamiento.

2.2.7.2 Terapia con neuroesteroides

La brexanolona, un neuroesteroide intravenoso que actúa positivamente en los receptores GABA-A, fue aprobada por la FDA en marzo de 2019, específicamente para la depresión posparto. Se puede considerar el uso de brexanolona en casos de depresión moderada a grave



en el tercer trimestre o en el posparto. Las pacientes deben estar inscritas en el Programa de Estrategias de Evaluación y Mitigación de Riesgos. La brexanolona tiene un inicio de acción rápido, pero es de difícil acceso y puede resultar prohibitiva en términos de costo. No hay datos que respalden su seguridad con la lactancia materna ni su eficacia más allá de los 30 días de uso. Se requiere monitoreo hospitalario para detectar mayores efectos sedantes, pérdida repentina de la conciencia e hipoxia durante la infusión (44).

La brexanolona, un análogo de la alopregnanolona, un metabolito de la progesterona, fue el primer medicamento aprobado por la FDA para el tratamiento de la depresión posparto moderada a grave. No se recomienda la lactancia materna durante la terapia de infusión de brexanolona ni durante los 4 días posteriores. Se necesitan más ensayos clínicos para evaluar más a fondo la seguridad y eficacia a largo plazo de la brexanolona en el tratamiento de la depresión posparto (45,46).

La zuranolona, un esteroide neuroactivo como la brexanolona, también es un modulador del receptor GABA-A que fue aprobado por la FDA el 4 de agosto de 2023 para el tratamiento de la depresión posparto. Se administra una dosis oral de 50 mg todas las noches con una comida que contenga grasas (700 calorías; 30 % de grasas) durante 14 días. La zuranolona se puede utilizar sola o en combinación con antidepresivos orales. El inicio de la acción es rápido, de horas a días, lo que ayuda a brindar un alivio más inmediato. Debido a la depresión del sistema nervioso central observada con la zuranolona, se debe advertir a los pacientes que su capacidad para conducir puede verse reducida. Además,



se ha sugerido que la zuranolona produce efectos nocivos en el feto durante el embarazo y la lactancia. En general, la zuranolona se tolera bien y tiene efectos secundarios mínimos. El evento adverso más común informado por más del 26 % de los pacientes fue la somnolencia. Debido a que aún no se ha estudiado la seguridad y la eficacia, no se recomienda continuar el tratamiento con zuranolona durante más de 14 días (47).

2.2.7.3. Terapias no farmacológicas

La estimulación magnética transcraneal con ondas magnéticas que estimulan las células nerviosas en una zona específica del cerebro. La estimulación magnética transcraneal se realiza generalmente una vez al día durante 4 a 6 semanas se puede utilizar en puérperas en las cuales no hace efecto los antidepresivos y la psicoterapia. En general, la estimulación magnética transcraneal es eficaz, pero algunos efectos secundarios pueden incluir dolores de cabeza, mareos, molestias en el cuero cabelludo y espasmos musculares faciales. Aunque los primeros resultados son prometedores, se necesitan estudios futuros para abordar los beneficios de la estimulación magnética transcraneal para la depresión posparto (48).

Los pacientes con DPP grave pueden no responder a la psicoterapia ni a los fármacos. En el caso de los pacientes que no responden a cuatro intentos farmacológicos, se puede recomendar la terapia electroconvulsiva (TEC). Varios estudios observacionales han sugerido que la TEC es una opción más segura para las pacientes lactantes, ya que hay menos eventos adversos para la madre y el bebé. Otros autores no son tan partidarios del uso de la TEC para la depresión posparto (38).



2.2.8. Diagnóstico diferencial.

Los diagnósticos diferenciales que también deben considerarse al evaluar la depresión posparto incluyen:

- Tristeza postparto: la tristeza postparto se presenta con mayor frecuencia en la primera semana posterior al parto y se resuelve en unos pocos días, alrededor del día 10 al 14 después del parto. Aproximadamente entre el 50 % y el 75 % de las pacientes experimentan fatiga, confusión, tristeza postparto, que es temporal y no requiere tratamiento. Los síntomas pueden incluir episodios de llanto, cambios en el apetito, alteración del sueño, irritabilidad, tristeza y ansiedad. La tristeza postparto no afecta el las actividades diarias ni la capacidad para cuidar a su hijo. Sin embargo, la tristeza postparto grave se asocia con un riesgo de depresión posparto (49).
- Hipertiroidismo e hipotiroidismo: estas afecciones producen alteraciones del estado de ánimo. Los trastornos tiroideos se evalúan mediante el análisis de los niveles de hormona estimulante de la tiroides.
- Ansiedad posparto, alteraciones de adaptación o estrés postraumático: la ansiedad posparto se centra en la preocupación excesiva. La alteración de adaptación incluye respuestas emocionales y conductuales al estrés del parto, que son menos graves y de menor duración que la depresión posparto. El trastorno de estrés postraumático implica síntomas relacionados con el trauma debido a una experiencia traumática del parto.
- Psicosis posparto: La psicosis posparto se define como la aparición de psicosis durante las primeras 4 semanas después del parto. La mayoría de las mujeres no tienen antecedentes conocidos de trastornos psiquiátricos, pero algunas han tenido trastorno bipolar en el pasado. Por lo general, el



inicio se produce entre 3 y 10 días después del parto, pero puede ocurrir durante las 4 semanas posteriores al parto. La psicosis posparto es una emergencia psiquiátrica con riesgo potencial de suicidio e infanticidio. Una paciente puede experimentar alucinaciones, agitación, comportamiento inusual, pensamientos desorganizados y delirios. Este es un trastorno poco común, que se presenta en solo 1 a 2 por cada 1000 embarazos, y se presenta con un inicio agudo de psicosis maníaca o depresiva dentro de los primeros días o semanas después del parto (40).

2.2.9. Pronóstico

Es posible que sea necesario ajustar la dosis en función del seguimiento de los síntomas mediante una evaluación clínica, herramientas de detecciones validadas o ambas. Debido al aumento de la depuración renal, el aumento del volumen de distribución y los cambios en la actividad enzimática con el avance de la gestación, puede ser necesario aumentar la dosis del medicamento durante el embarazo. No se recomienda la reducción empírica de la dosis de los medicamentos psiquiátricos en el tercer trimestre, ya que no se mejoraron los resultados neonatales y se observó el riesgo asociado de empeoramiento de las condiciones de salud mental (40).

Un factor fundamental en la duración de la depresión posparto es el retraso en el tratamiento. Aproximadamente el 25% de las pacientes con depresión perinatal tendrán síntomas durante 3 años después del parto. La depresión posparto tiene repercusiones más allá del posible daño físico al niño. Los datos revelan que la afección también afecta el vínculo entre padres e hijos. A menudo, el niño recibe un trato inadecuado con una actitud negativa que puede afectar



significativamente su crecimiento y desarrollo. Se ha descubierto que los niños nacidos de pacientes con depresión posparto presentan cambios marcados en el comportamiento, un desarrollo cognitivo alterado y una aparición temprana de la enfermedad depresiva. Más importante aún, estos niños pueden tener problemas de obesidad y disfunción en las interacciones sociales (40).

2.2.10. Complicaciones

La depresión posparto afecta a los padres y al bebé y puede derivar en un trastorno depresivo crónico si no se trata. Incluso si se trata, la depresión posparto puede suponer un riesgo de futuros episodios de depresión mayor. Además, la depresión posparto es un acontecimiento estresante para toda la familia, ya que los niños también pueden verse afectados. Los hijos de padres que padecen depresión no tratada pueden desarrollar problemas conductuales y emocionales, incluidos retrasos en el desarrollo del lenguaje, que son habituales, problemas para dormir, dificultades para comer, llanto excesivo y trastorno por déficit de atención e hiperactividad.

Cuando no se trata, la depresión posparto se asocia a consecuencias negativas para las mujeres que están en el período posparto, como trastornos en la conducta, las relaciones, la fisiología y la crianza de los hijos. Esto supone un riesgo para el feto, la pareja y toda la familia. Por lo tanto, el ACOG no recomienda suspender o suspender los medicamentos psiquiátricos solo por el estado de embarazo (40).

2.2.11. Factores de riesgo

Los factores asociados con un alto riesgo de desarrollar depresión posparto incluyen:



- Psicológicos: Antecedentes personales de depresión y ansiedad, síndrome premenstrual, actitud negativa hacia el bebé, reticencia al sexo del bebé y antecedentes de abuso sexual.
- Factores de riesgo obstétrico: Un embarazo de alto riesgo, hospitalización durante el embarazo y eventos traumáticos durante el parto que incluyen cesárea de emergencia, paso de meconio en el útero, prolapso del cordón umbilical, bebé prematuro o de bajo peso al nacer y hemoglobina baja.
- Factores sociales: falta de apoyo social, violencia doméstica en forma de abuso conyugal (por ejemplo, sexual, físico o verbal), tabaquismo y edad materna temprana durante el embarazo.
- Estilo de vida: Malos hábitos alimenticios, disminución de la actividad física y del ejercicio, deficiencia de vitamina B6 (a través de su conversión a triptófano y, posteriormente, serotonina, que a su vez afecta el estado de ánimo) y falta de sueño; el ejercicio disminuye la baja autoestima causada por la depresión y aumenta las endorfinas y opioides endógenos, lo que trae efectos positivos sobre la salud mental y mejora la autoconfianza y la capacidad de resolución de problemas (50).
- Antecedentes familiares de trastornos psiquiátricos: Estudios recientes han demostrado que los antecedentes familiares de trastornos psiquiátricos son un factor de riesgo para desarrollar depresión posparto. Este mayor riesgo probablemente se deba a factores genéticos y ambientales durante la infancia y la vida posterior asociados con una falta de apoyo social, que es un riesgo para la depresión posparto (51).



CAPÍTULO III

MATERIALES Y MÉTODOS

3.1. METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN

3.1.1. Tipo de estudio

El estudio fue observacional, analítico y transversal, se aplicó una entrevista a las puérperas que tuvieron su parto en el Hospital Carlos Monge Medrano de Juliaca en el 2024.

3.2. DISEÑO DE INVESTIGACIÓN

El diseño fue no experimental.

3.3. POBLACIÓN Y MUESTRA

3.3.1. Población

La población estuvo constituida por 165 puérperas de 12 a más semanas en el Hospital Carlos Monge Medrano de Juliaca en el 2024.

3.3.2. TAMAÑO DE MUESTRA

No se calculó tamaño de muestra, ingresaron al estudio las 165 puérperas descritas en la población.

3.3.3. Selección de la muestra

La selección de la muestra fue de tipo censal, ya que ingresaron al estudio las 165 puérperas que cumplieron con los criterios de selección.



3.3.4. Criterios De Inclusión

Puérperas de 12 a más semanas atendidas en el 2024 en el Hospital

Carlos Monge Medrano

Puérperas que firman el consentimiento informado

3.3.5. Criterios De Exclusión

Pacientes puérperas con antecedentes psiquiátricos

3.2.6. Ubicación y descripción de la población

La investigación se llevó a cabo en el Hospital Carlos Monge Medrano de Juliaca en el periodo de abril a junio del 2024; el hospital cuenta con las especialidades de Ginecología, Cirugía, Pediatría y Medicina; es un hospital del MINSA y tiene la categoría de II-2, y se encuentra en la ciudad de Juliaca, es de referencia de los establecimientos de la zona norte de la Región Puno.

3.4. TÉCNICAS E INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS

3.4.1. Técnica de recolección de datos

La técnica utilizada para la recolección de datos fue la entrevista a puérperas de 12 semanas a más para aplicar la ficha de recolección de datos y el test de Edimburgo.

3.4.2. Procedimiento de recolección de datos

Se solicitó autorización de la Dirección del Hospital y jefe del servicio de Obstetricia. Se recopilaron los datos a través del método entrevista personal. Como herramienta, se empleó una ficha de recolección de datos estandarizada que



contenía información sobre las variables de interés. Las puérperas fueron captadas en el servicio de CRED del hospital. Se entrevistó a todas las gestantes y solo se aplicó la ficha y el test de Edimburgo a las que tenían 12 semanas o más de puerperio. Por otro lado, la ficha de recolección de datos fue validada por juicio de expertos, recibiendo la opinión de tres médicos conocedores del tema, quienes proporcionaron su perspectiva en relación con la realidad específica de la depresión posparto.

3.4.3. Procesamiento y análisis de datos

Se realizó el análisis descriptivo de las variables cualitativas, describiéndolas mediante frecuencias absolutas y relativas.

Para el análisis de los factores asociados a depresión posparto se calculó el Odds Ratio, el intervalo de confianza y el valor de p con un nivel de significancia de 95%. Se utilizó el programa estadístico STATA versión 1.

Las variables analizadas fueron:

3.4.3.1. Variable dependiente

- Depresión posparto.

3.4.3.2. Variables independientes

- Factores sociodemográficos: Edad, Estado civil, Nivel educativo, Apoyo de la familia, Violencia y abuso, Lugar de procedencia.
- Factores gineco-obstetricos: Tipo de parto, Aborto previo, Paridad
- Comorbilidades maternas: Diabetes Mellitus, Depresión previa, Obesidad y sobrepeso.



3.4.4. Operacionalización de variables: (ver anexo 1)

3.5. ASPECTOS ETICOS

En el estudio se aplicó el consentimiento informado. Además, se garantizó la integridad y ética en todas las fases de la investigación, desde la recopilación de datos hasta la interpretación de los resultados.

CAPÍTULO IV

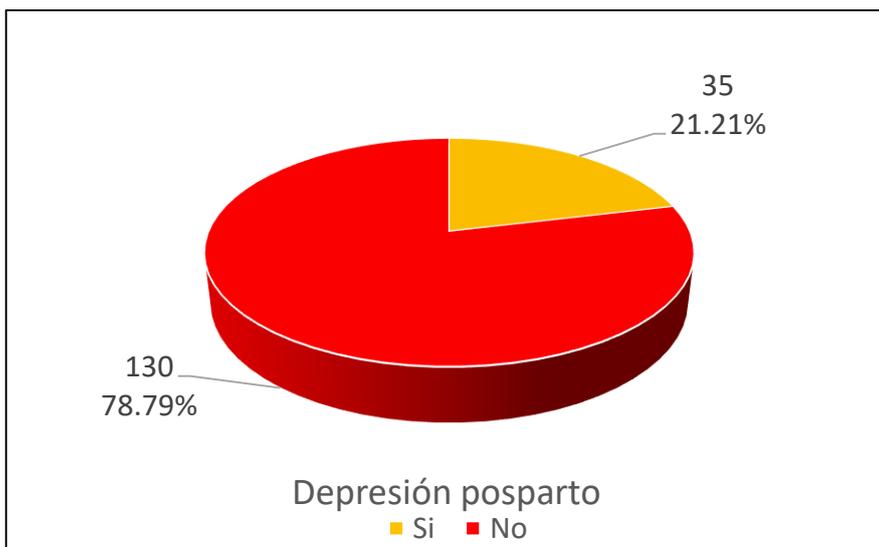
RESULTADOS Y DISCUSIÓN

4.1. RESULTADOS

Al estudio ingresaron 165 puérperas, de las cuales 21.21% (35 puérperas) presentaron depresión posparto y el 78.79% (130 puérperas) no presentaron depresión posparto (figura 1)

Figura 1.

Prevalencia de depresión posparto en puérperas atendidas en el Hospital Carlos Monge Medrano de Juliaca en el año 2024.

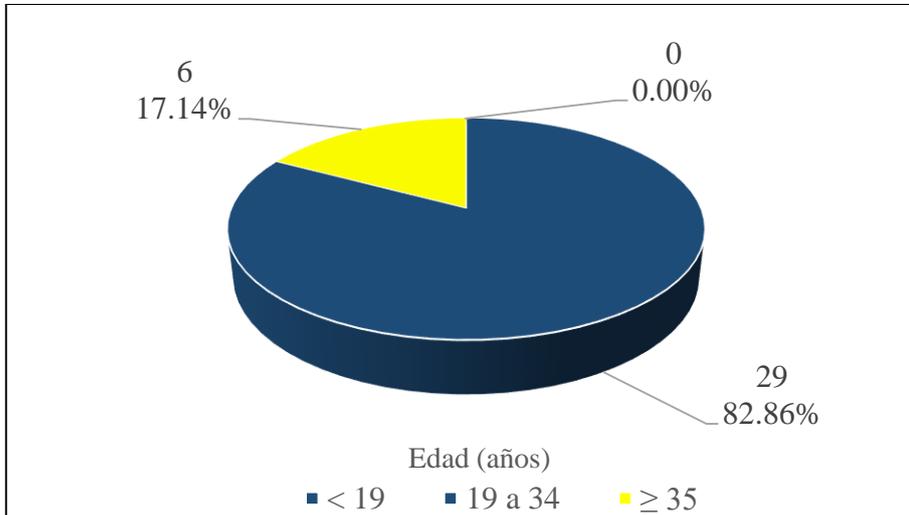


Elaboración propia

En la figura 2 se observa que no hubo ninguna puérpera menor de 19 años. La mayoría tenía entre 19 y 35 años, con 29 casos que representan el 82.86%. La menor proporción tenía de 35 años a más, con 6 casos que representan el 17.14%.

Figura 2

Depresión posparto, según edad, en puérperas atendidas en el Hospital Carlos Monge Medrano de Juliaca en el año 2024.



Elaboración propia

En la figura 3 se observa que la mayor proporción de puérperas que presentaron depresión posparto fueron convivientes, con 32 casos que representan el 91.43%. La menor proporción fueron casadas, con 3 casos que representan el 8.57%.

Figura 3.

Depresión posparto, según estado civil, en puérperas atendidas en el Hospital Carlos Monge Medrano de Juliaca en el año 2024.



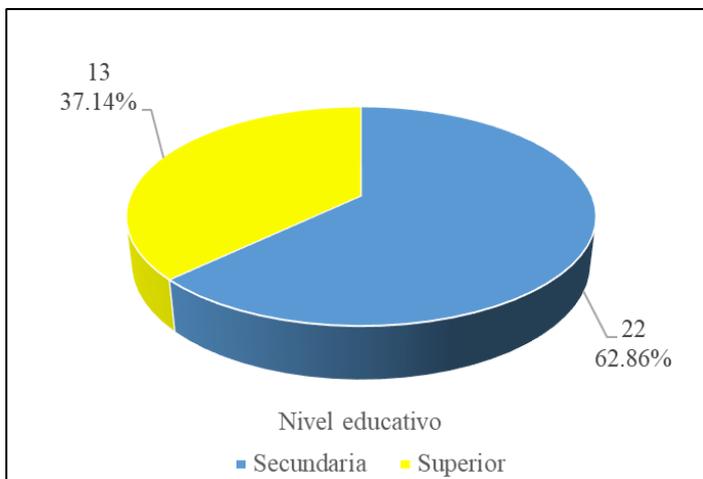
Elaboración propia

En la figura 4 se observa que la mayor proporción de puérperas que presentaron depresión posparto tenían nivel educativo secundaria, con 22 casos que representan el 62.86%. La menor proporción tenían nivel educativo superior, con 13 casos que representan el 37.14%.

Figura 4

Depresión posparto, según nivel educativo, en puérperas atendidas en el Hospital

Carlos Monge Medrano de Juliaca en el año 2024.



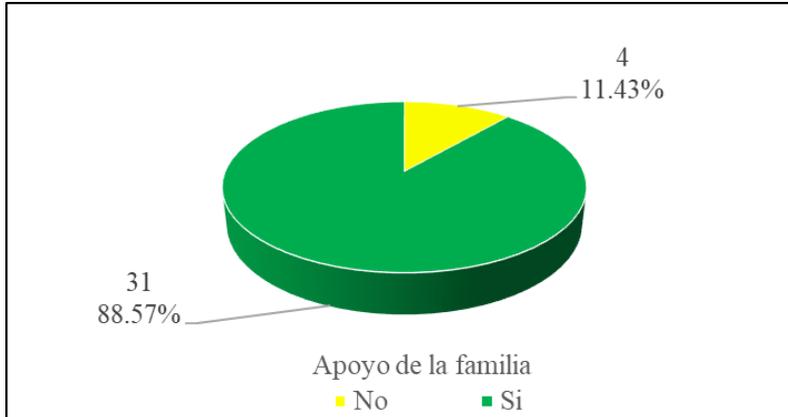
Elaboración propia

En la figura 5 se observa que la mayor proporción de puérperas que presentaron depresión posparto tenían apoyo de la familia, con 31 casos que representan el 88.57%. La menor proporción no tenían apoyo de la familia, con 4 casos que representan el 11.43%.

Figura 5

Depresión posparto, según apoyo de la familia, en puérperas atendidas en el Hospital

Carlos Monge Medrano de Juliaca en el año 2024.



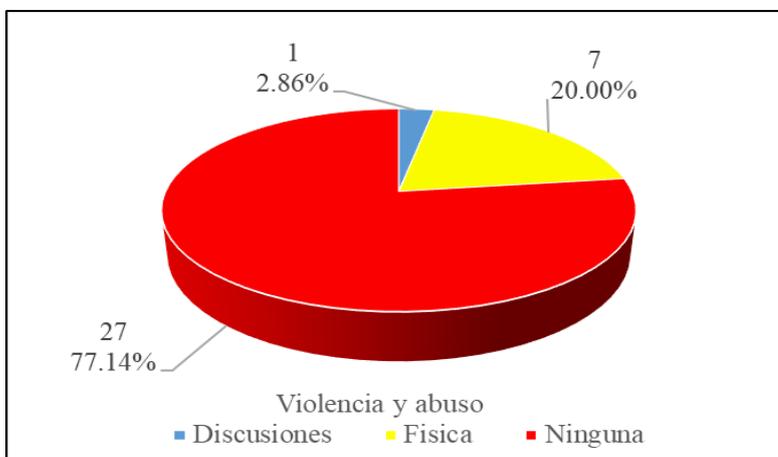
Elaboración propia

En la figura 6, referente a la violencia y abuso en las puérperas que presentaron depresión posparto, se observa que la mayor proporción no tuvieron violencia y abuso, con 27 casos que representan el 77.14%. También se observa que 7 casos tuvieron violencia física, lo que representa el 20%. La menor proporción tuvieron discusiones, con 1 caso que representa el 2.86%.

Figura 6.

Depresión posparto, según violencia y abuso, en puérperas atendidas en el Hospital

Carlos Monge Medrano de Juliaca en el año 2024.

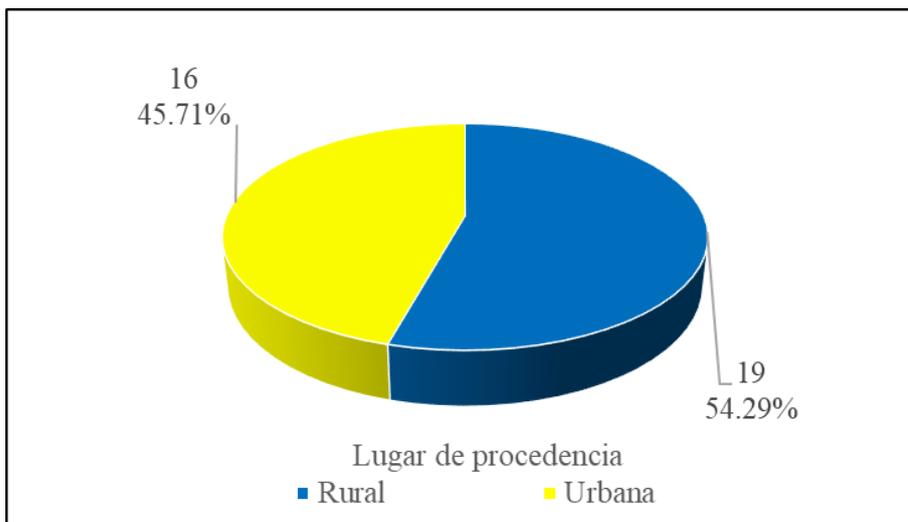


Elaboración propia

En la figura 7 se observa que la mayor proporción de puérperas que presentaron depresión posparto procedían de zona rural, con 19 casos que representan el 54.29%. La menor proporción procedían de zona urbana, con 16 casos que representan el 45.71%.

Figura 7

Depresión posparto, según lugar de procedencia, en puérperas atendidas en el Hospital Carlos Monge Medrano de Juliaca en el año 2024.

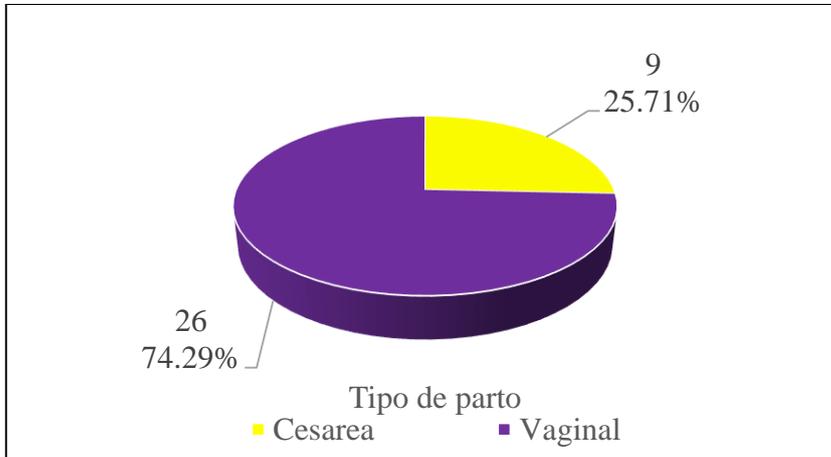


Elaboración propia

En la figura 8 se observa que la mayor proporción de puérperas que presentaron depresión posparto tenían nivel educativo secundaria, con 22 casos que representan el 62.86%. La menor proporción tenían nivel educativo superior, con 13 casos que representan el 37.14%.

Figura 8

Depresión posparto, según tipo de parto, en puérperas atendidas en el Hospital Carlos Monge Medrano de Juliaca en el año 2024.

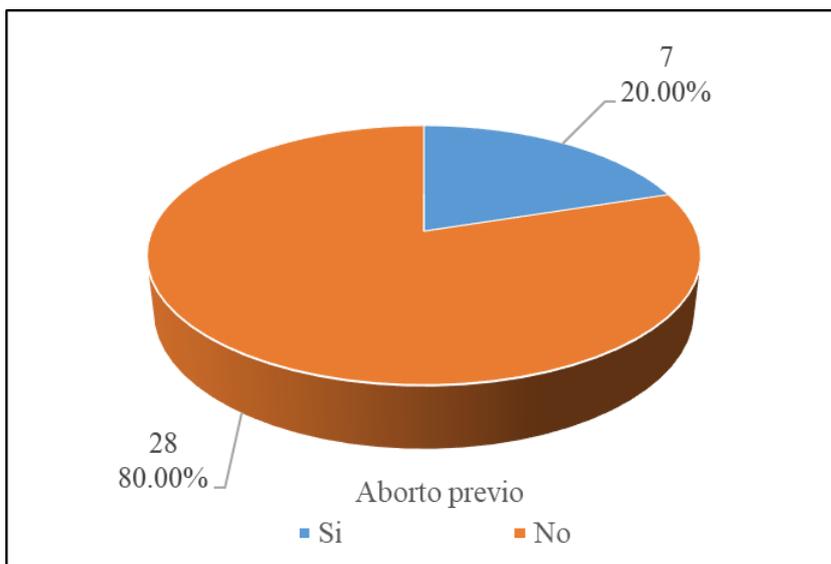


Elaboración propia

En la figura 9 se observa que la mayor proporción de puérperas que presentaron depresión posparto no tuvieron aborto previo, con 28 casos que representan el 80%. La menor proporción si tuvieron aborto previo, con 7 casos que representan el 20%.

Figura 9

Depresión posparto, según aborto previo, en puérperas atendidas en el Hospital Carlos Monge Medrano de Juliaca en el año 2024.

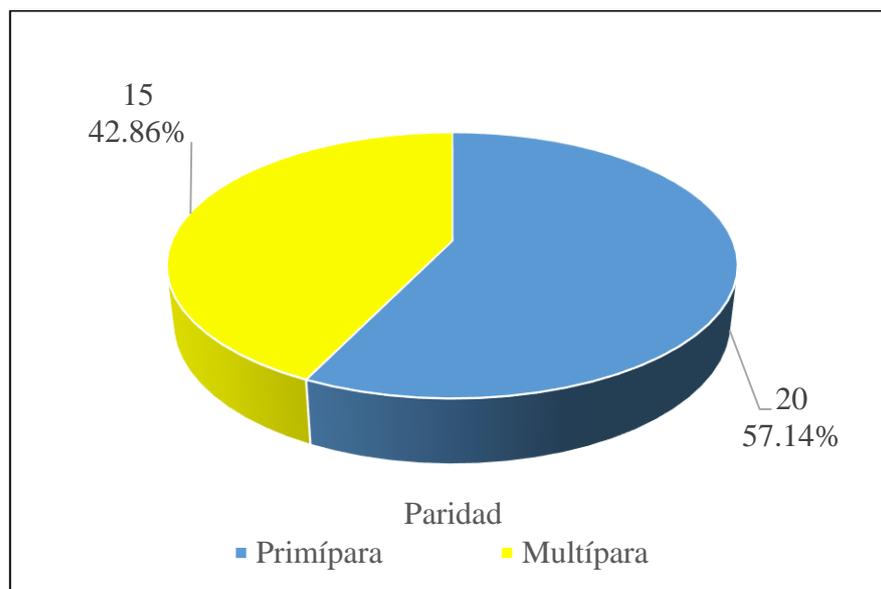


Elaboración propia

En la figura 10 se observa que la mayor proporción de puérperas que presentaron depresión posparto fueron primíparas, con 20 casos que representan el 57.14%. La menor proporción fueron multíparas, con 15 casos que representan el 42.86%.

Figura 10.

Depresión posparto, según paridad, en puérperas atendidas en el Hospital Carlos Monge Medrano de Juliaca en el año 2024.

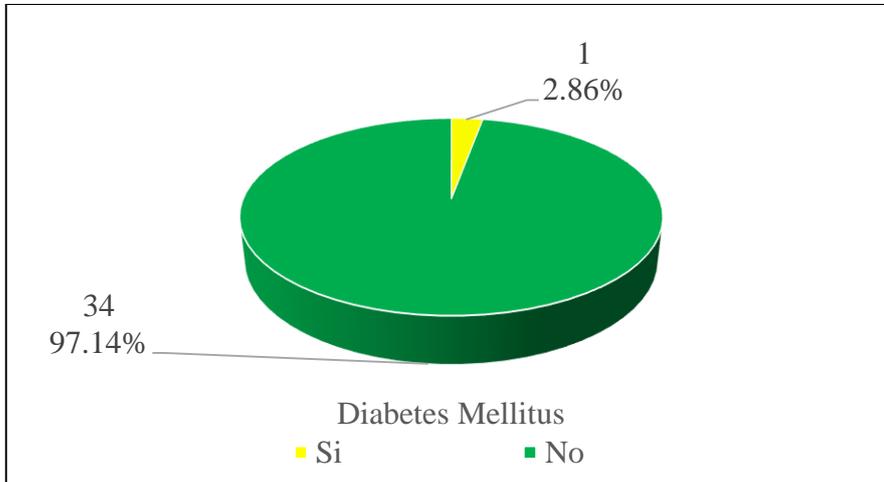


Elaboración propia

En la figura 11 se observa que la mayor proporción de puérperas que presentaron depresión posparto no tenían la comorbilidad de diabetes mellitus, con 34 casos que representan el 97.14%. La menor proporción si tenían la comorbilidad de diabetes mellitus, con 1 caso que representa el 2.86%.

Figura 11.

Depresión posparto, según comorbilidad de diabetes mellitus, en puérperas atendidas en el Hospital Carlos Monge Medrano de Juliaca en el año 2024.

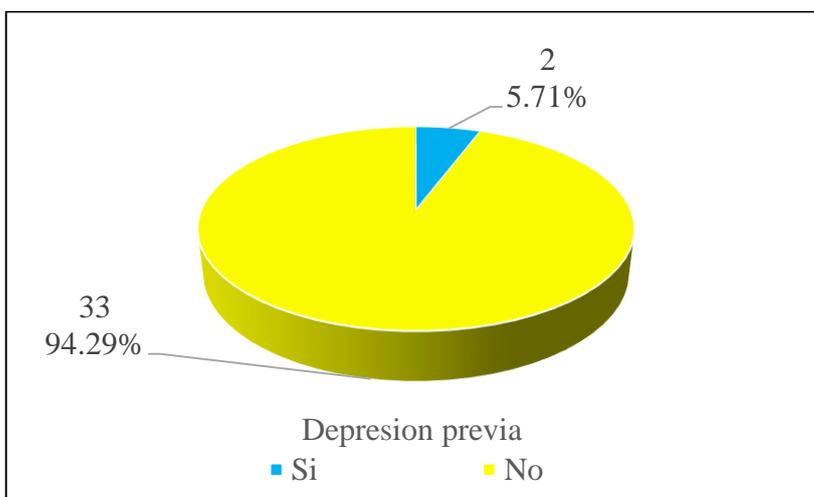


Elaboración propia

En la figura 12 se observa que la mayor proporción de puérperas que presentaron depresión posparto no tuvieron depresión previa, con 33 casos que representan el 94.29%. La menor proporción si tuvieron depresión previa, con 2 casos que representan el 5.71%.

Figura 12

Depresión posparto, según depresión previa, en puérperas atendidas en el Hospital Carlos Monge Medrano de Juliaca en el año 2024.

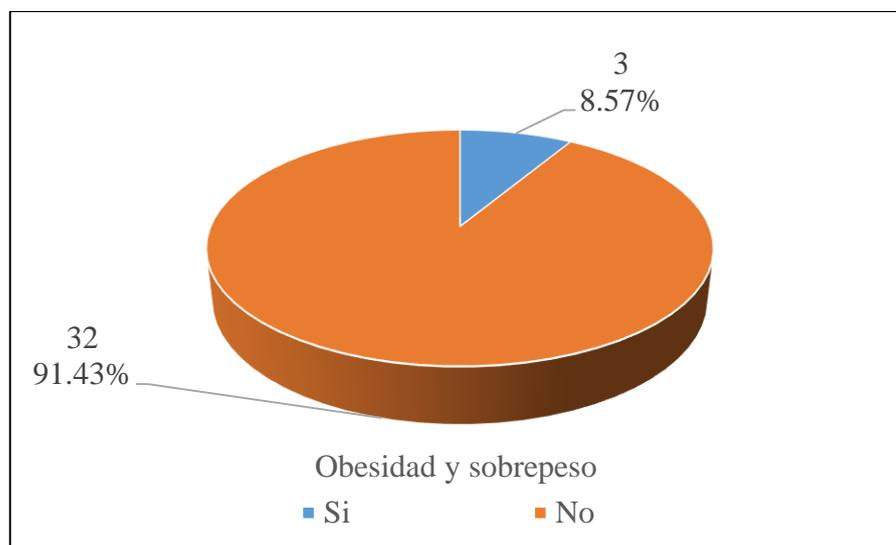


Elaboración propia

En la figura 13 se observa que la mayor proporción de puérperas que presentaron depresión posparto no tenían obesidad y sobrepeso, con 32 casos que representan el 91.43%. La menor proporción si tenían obesidad y sobrepeso, con 3 casos que representan el 8.57%.

Figura 13

Depresión posparto, según comorbilidad de obesidad y sobrepeso, en puérperas atendidas en el Hospital Carlos Monge Medrano de Juliaca en el año 2024.



Elaboración propia

En la tabla 1 se presenta los factores sociodemográficos asociados a depresión posparto y se observa que:

En relación a la edad, en el grupo de menores de 19 años, no hubo ningún caso de depresión posparto (0%) y una puérpera no tuvo depresión posparto (100%); además, no se encontró asociación entre edad menor de 19 años con depresión posparto (OR: 1.21; IC: 0.05-30.36; p: 0.908). En el grupo de 19 a 34 años, hubo 29 casos de depresión posparto (19.33%) y 121 puérperas sin depresión posparto (80.67%); además, no se encontró asociación entre edad de 19 a 34 años con depresión posparto (OR: 1.04; IC: 0.25-4.44; p: 0.576). En el grupo de 35 años a más, hubo 6 casos de depresión posparto



(42.86%) y 8 puérperas sin depresión posparto (57.14%); y se encontró asociación entre edad de 35 a más años con depresión posparto (OR: 3.18; IC: 1.06-9.52; p: 0.0487), evidenciándose que las puérperas con 35 años a más tuvieron 3.18 veces más riesgo de presentar depresión posparto.

En lo relacionado a estado civil, en el grupo de casadas, hubo 3 casos de depresión posparto (18.75%) y 13 puérperas no tuvieron depresión posparto (81.25%); además, no se encontró asociación entre casadas con depresión posparto (OR: 0.94; IC: 0.27-3.23; p: 0.537). En el grupo de convivientes, hubo 32 casos de depresión posparto (21.77%) y 115 puérperas sin depresión posparto (78.23%); además, no se encontró asociación entre conviviente con depresión posparto (OR: 1.07; IC: 0.31-3.68; p: 0.548). En el grupo de divorciadas, no hubo ningún caso de depresión posparto (0%) y 2 puérperas sin depresión posparto (100%); y no se encontró asociación entre divorciada con depresión posparto (OR: 0.72; IC: 0.03-15.43; p: 0.836).

Respecto al nivel educativo, en el grupo de primaria, no hubo ningún caso de depresión posparto (0%) y una puérpera no tuvo depresión posparto (100%); además, no se encontró asociación entre nivel educativo primaria con depresión posparto (OR: 1.22; IC: 0.05-30.49; p: 0.91). En el grupo de secundaria, hubo 22 casos de depresión posparto (21.57%) y 80 puérperas sin depresión posparto (78.43%); además, no se encontró asociación entre nivel educativo secundaria con depresión posparto (OR: 1.05; IC: 0.49-2.24; p: 0.525). En el grupo de superior, hubo 13 casos de depresión posparto (20.97%) y 49 puérperas sin depresión posparto (79.03%); y no se encontró asociación entre nivel educativo superior con depresión posparto (OR: 0.99; IC: 0.46-2.12; p: 0.558).

Respecto al apoyo de la familia, en el grupo que no tuvo apoyo de la familia, hubo 4 casos de depresión posparto (25%) y 12 puérperas no tuvieron depresión posparto



(75%); además, no se encontró asociación entre no tener apoyo de la familia con depresión posparto (OR: 1.35; IC: 0.43-4.26; p: 0.453). En el grupo que si tuvo apoyo de la familia, hubo 31 casos de depresión posparto (20.81%) y 118 puérperas sin depresión posparto (79.19%); además, no se encontró asociación entre tener apoyo de la familia con depresión posparto (OR: 0.74; IC: 0.24-2.33; p: 0.425).

En relación a la violencia y abuso, en el grupo que tuvo discusiones, hubo 1 caso de depresión posparto (11.11%) y 8 puérperas no tuvieron depresión posparto (88.89%); además, no se encontró asociación entre discusiones con depresión posparto (OR: 0.79; IC: 0.13-4.68; p: 0.503). En el grupo que tuvo violencia física, hubo 7 casos de depresión posparto (100%) y ninguna puérpera sin depresión posparto (0%); además, se encontró asociación entre violencia física con depresión posparto (OR: 66.81; IC: 3.7-1025.2; p< 0.001), evidenciándose que las puérperas que tuvieron violencia física tuvieron 66.81 veces más riesgo de presentar depresión posparto. En el grupo que no tuvieron violencia y abuso, hubo 27 casos de depresión posparto (18.12%) y 122 puérperas sin depresión posparto (81.88%); y se encontró asociación entre no tener violencia y abuso con depresión posparto (OR: 0.23; IC: 0.08-0.63; p: 0.007), evidenciándose que las puérperas que no tuvieron violencia y abuso tuvieron menos riesgo de presentar depresión posparto.

En lo relacionado al lugar de procedencia, en el grupo procedente de zona rural, hubo 19 casos de depresión posparto (29.23%) y 46 puérperas no tuvieron depresión posparto (70.77%); además, se encontró asociación entre procedencia de zona rural con depresión posparto (OR: 2.15; IC: 1.02-4.53; p: 0.034), evidenciándose que las puérperas procedentes de zona rural tuvieron 2.15 veces más riesgo de presentar depresión posparto. En el grupo procedente de zona urbana, hubo 16 casos de depresión posparto (16%) y 84 puérperas no tuvieron depresión posparto (84%); además, se encontró asociación entre procedencia de zona urbana con depresión posparto (OR: 0.47; IC: 0.22-0.98; p: 0.034),

evidenciándose que las puérperas procedentes de zona urbana tuvieron menos riesgo de presentar depresión posparto.

Tabla 1

Factores sociodemográficos asociados a depresión posparto en puérperas atendidas en el Hospital Carlos Monge Medrano de Juliaca en el año 2024.

Factores sociodemográficos	Depresión posparto				OR	IC95%	p
	Si		No				
	No.	%	No.	%			
Edad (años)							
< 19	0	0.00	1	100.00	1.21	0.05-30.36	0.908
19 a 34	29	19.33	121	80.67	1.04	0.25-4.44	0.576
≥ 35	6	42.86	8	57.14	3.18	1.06-9.52	0.0487
Estado civil							
Casada	3	18.75	13	81.25	0.94	0.27-3.23	0.537
Conviviente	32	21.77	115	78.23	1.07	0.31-3.68	0.548
Divorciada	0	0.00	2	100.00	0.72	0.03-15.43	0.836
Nivel educativo							
Primaria	0	0.00	1	100.00	1.22	0.05-30.49	0.91
Secundaria	22	21.57	80	78.43	1.05	0.49-2.24	0.525
Superior	13	20.97	49	79.03	0.99	0.46-2.12	0.558
Apoyo de la familia							
No	4	25.00	12	75.00	1.35	0.43-4.26	0.453
Si	31	20.81	118	79.19	0.74	0.24-2.33	0.425
Violencia y abuso							
Discusiones	1	11.11	8	88.89	0.79	0.13-4.68	0.503
Física	7	100.00	0	0.00	66.81	3.7-1205.2	< 0.001
Ninguna	27	18.12	122	81.88	0.23	0.08-0.63	0.007
Lugar de procedencia							
Rural	19	29.23	46	70.77	2.15	1.02-4.53	0.034
Urbana	16	16.00	84	84.00	0.47	0.22-0.98	0.034

Elaboración propia

En la tabla 2 se presenta los factores gineco-obstétricos asociados a depresión posparto y se observa que:

En relación al tipo de parto, en el grupo que tuvo su parto por cesárea, hubo 9 casos de depresión posparto (36%) y 16 puérperas no tuvieron depresión posparto (64%);



además, se encontró asociación entre parto por cesárea con depresión posparto (OR: 2.49; IC: 1.01-6.14; p: 0.049), evidenciándose que las puérperas que tuvieron parto por cesárea tuvieron 2.49 veces más riesgo de presentar depresión posparto. En el grupo que tuvo su parto vaginal, hubo 26 casos de depresión posparto (18.57%) y 114 puérperas sin depresión posparto (81.43%); además, se encontró asociación entre parto vaginal con depresión posparto (OR: 0.4; IC: 0.16-0.99; p: 0.049), evidenciándose que las puérperas que tuvieron su parto vaginal tuvieron menos riesgo de presentar depresión posparto.

En lo relacionado al aborto previo, en el grupo que tuvo aborto previo, hubo 7 casos de depresión posparto (33.33%) y 14 puérperas no tuvieron depresión posparto (66.67%); además, no se encontró asociación entre aborto previo con depresión posparto (OR: 2.11; IC: 0.8-5.59; p: 0.123). En el grupo que no tuvo aborto previo, hubo 28 casos de depresión posparto (19.44%) y 116 puérperas sin depresión posparto (80.56%); además, no se encontró asociación entre no aborto previo con depresión posparto (OR: 0.47; IC: 0.18-1.25; p: 0.123).

En lo que respecta a paridad, en el grupo de primíparas, hubo 20 casos de depresión posparto (21.98%) y 71 puérperas no tuvieron depresión posparto (78.02%); además, no se encontró asociación entre primípara con depresión posparto (OR: 1.1; IC: 0.52-2.32; p: 0.472). En el grupo de multíparas, hubo 15 casos de depresión posparto (20.27%) y 59 puérperas sin depresión posparto (79.73%); además, no se encontró asociación entre multípara con depresión posparto (OR: 0.91; IC: 0.43-1.91; p: 0.472).

Tabla 2

Factores gineco-obstétricos asociados a depresión posparto en puérperas atendidas en el Hospital Carlos Monge Medrano de Juliaca en el año 2024.

Factores gineco- obstétricos	Depresión posparto				OR	IC95%	p
	Si		No				
	No.	%	No.	%			
Tipo de parto							
Cesárea	9	36.00	16	64.00	2.49	1.01-6.14	0.049
Vaginal	26	18.57	114	81.43	0.4	0.16-0.99	0.049
Aborto previo							
Si	7	33.33	14	66.67	2.11	0.80-5.59	0.123
No	28	19.44	116	80.56	0.47	0.18-1.25	0.123
Paridad							
Primípara	20	21.98	71	78.02	1.1	0.52-2.32	0.472
Múltipara	15	20.27	59	79.73	0.91	0.43-1.91	0.472

Elaboración propia

En la tabla 3 se presenta las comorbilidades asociadas a depresión posparto y se observa que:

En relación a la diabetes mellitus, en el grupo que tuvo diabetes mellitus, hubo 1 caso de depresión posparto (20%) y 4 puérperas no tuvieron depresión posparto (80%); además, no se encontró asociación entre diabetes mellitus con depresión posparto (OR: 1.22; IC: 0.19-8.06; p: 0.701). En el grupo que no tuvo diabetes mellitus, hubo 34 casos de depresión posparto (21.25%) y 126 puérperas sin depresión posparto (78.75%); además, se no encontró asociación entre no diabetes con depresión posparto (OR: 0.82; IC: 0.12-5.39; p: 0.701).

En lo relacionado a la depresión previa, en el grupo que tuvo depresión previa, hubo 2 casos de depresión posparto (50%) y 2 puérperas no tuvieron depresión posparto (50%); además, no se encontró asociación entre depresión previa con depresión posparto (OR: 3.84; IC: 0.64-23.06; p: 0.198). En el grupo que no tuvo depresión previa, hubo 33

casos de depresión posparto (20.50%) y 128 puérperas no tuvieron depresión posparto (79.50%); además, no se encontró asociación entre no depresión previa con depresión posparto (OR: 0.26; IC: 0.04-1.57; p: 0.198).

En lo que respecta a obesidad y sobrepeso, en el grupo que tuvo obesidad y sobrepeso, hubo 3 casos de depresión posparto (75%) y 1 puérpera no tuvieron depresión posparto (25%); además, se encontró asociación entre obesidad y sobrepeso con depresión posparto (OR: 9.29; IC: 1.32-5.41; p: 0.03), evidenciándose que las puérperas que tuvieron obesidad y sobrepeso tuvieron 9.29 veces más riesgo de presentar depresión posparto. En el grupo que no tuvo obesidad y sobrepeso, hubo 32 casos de depresión posparto (19.88%) y 129 puérperas no tuvieron depresión posparto (80.12%); además, se encontró asociación entre no obesidad y sobrepeso con depresión posparto (OR: 0.11; IC: 0.02-0.76; p: 0.03), evidenciándose que las puérperas que no tuvieron obesidad y sobrepeso tuvieron menos riesgo de presentar depresión posparto.

Tabla 3

Comorbilidades asociadas a depresión posparto en puérperas atendidas en el Hospital Carlos Monge Medrano de Juliaca en el año 2024.

Comorbilidades	Depresión posparto				OR	IC95%	p
	Si		No				
	No.	%	No.	%			
Diabetes Mellitus							
Si	1	20.00	4	80.00	1.22	0.19-8.06	0.701
No	34	21.25	126	78.75	0.82	0.12-5.39	0.701
Depresión previa							
Si	2	50.00	2	50.00	3.84	0.64-23.06	0.198
No	33	20.50	128	79.50	0.26	0.04-1.57	0.198
Obesidad y sobrepeso							
Si	3	75.00	1	25.00	9.29	1.32-5.41	0.03
No	32	19.88	129	80.12	0.11	0.02-0.76	0.03

Elaboración propia



4.2. DISCUSIÓN

En el estudio, se encontró que el 21.21% de las puérperas atendidas en el Hospital Carlos Monge Medrano de Juliaca presentaron depresión postparto. A nivel internacional Xayyabouapha A et al (10) en el 2022 en Vietnam reportaron una frecuencia parecida a la nuestra (21.3%). Por otro lado, Bradshaw H (11) en el 2021 en Baltimore y Fernández M et al (13) en el 2020 en Brasil encontraron frecuencias menores (19.51% y 11% respectivamente). Sin embargo, otros autores informaron frecuencias más altas, así tenemos: a nivel internacional Inthaphatha S et al (14) en el 2020 en Asia (31.8%); a nivel nacional, Gonzales E et al (18) en el 2020 en Arequipa (27.8%) y Silvera M (19) en el 2019 en Lima (32.87%); a nivel regional Centón J (22) en Puno en el 2020 en el HMNB (60%), Meléndez C (20) en el HCMM en el 2023 (31.4%) y Chambilla Y (21) en el 2023 en Puno los C.S. Metropolitano y Simón Bolívar (27%).

En relación con la edad, se observó que la mayoría de las puérperas con depresión posparto tenían entre 19 y 35 años (82.86%). Lo que podría explicarse por una combinación de cambios hormonales, estrés emocional, responsabilidades sociales y demandas económicas propias de esta etapa de vida. Este grupo enfrenta expectativas altas en roles como madres y profesionales, con posibles antecedentes de salud mental y, en algunos casos, falta de apoyo social. Es importante destacar que no se identificaron casos en menores de 19 años, lo que podría reflejar una menor prevalencia o un sesgo en la detección de la depresión en este grupo etario. Otros autores reportaron cifras diferentes, así tenemos, Fernández M et al (13) en el 2020 en Brasil, Meléndez C (20) en el HCMM, Lipa F (2) en Puno en el C.S JAE en el 2023 y Chambilla Y (21) en el 2023 en Puno en los C.S. Metropolitano y Simón Bolívar reportaron valores diferentes para el grupo de 19 a 35 años (35.6%, 90.1%, 62% y 73% respectivamente). El estado civil de las puérperas también mostró una distribución interesante, donde la gran mayoría eran



convivientes (91.43%), en comparación con las casadas (8.57%). Esto podría sugerir que las mujeres que conviven sin un vínculo formalizado podrían estar expuestas a mayores niveles de estrés y falta de apoyo, factores que contribuyen al desarrollo de depresión posparto. Otros autores reportaron frecuencias menores para las convivientes, así tenemos a nivel internacional, Fernández M et al (13) en el 2020 en Brasil (32.3%), Genchi F et al (12) en el 2021 en México (28%) e Inthaphatha S et al (14) en el 2020 en Asia (31.8%); a nivel nacional, Limascca N (12) en el 2023 en Lima (70.2%); a nivel regional, Centón J (22) en Puno en el 2020 en el HMNB (55.6%), Lipa F (2) en Puno en el C.S JAE en el 2023 (63%) y Chambilla Y (21) en el 2023 en Puno en los C.S. Metropolitano y Simón Bolívar (18.5%).

El nivel educativo fue un factor importante, ya que el 62.86% de las púerperas con depresión posparto tenían solo educación secundaria. Este hallazgo es consistente con estudios previos que indican que un menor nivel educativo puede estar asociado con un mayor riesgo de depresión debido a la limitada capacidad para acceder a recursos y apoyo social. Centón J (22) en Puno en el 2020 en el HMNB reportó para secundaria una frecuencia parecida a la nuestra (63.8%). Otros autores reportaron frecuencias menores para secundaria, así tenemos, A nivel internacional, Fernández M et al (13) en el 2020 en Brasil (47.19%), Genchi F et al (12) en el 2021 en México (37.1%), Inthaphatha S et al (14) en el 2020 en Asia (37.7%); a nivel nacional, Limascca N (12) en el 2023 en Lima (47.06%); y a nivel Regional, Lipa F (2) en Puno en el C.S JAE en el 2023 (33%) y Chambilla Y (21) en el 2023 en Puno en los C.S. Metropolitano y Simón Bolívar (48.2%)

Un dato relevante es que, a pesar de que el 88.57% de las púerperas recibían apoyo familiar, aun así, presentaron depresión posparto. Esto indica que, si bien el apoyo familiar es fundamental, no siempre es suficiente para prevenir la depresión, lo que subraya la necesidad de intervenciones adicionales, como apoyo psicológico profesional.



Otros autores reportaron frecuencias inferiores: a nivel internacional Genchi F et al (12) en el 2021 en México (35.8%); a nivel Regional, Lipa F (2) en Puno en el C.S JAE en el 2023 (70%) y Chambilla Y (21) en el 2023 en Puno en los C.S. Metropolitano y Simón Bolívar (81.5%).

En cuanto a la violencia y abuso, aunque la mayoría de las puérperas no reportaron haber sufrido violencia (77.14%), un 22.86% sí lo hicieron, lo que resalta la influencia significativa de la violencia física y verbal en la aparición de depresión posparto. Estos datos refuerzan la necesidad de identificar y abordar la violencia como un factor de riesgo clave en el contexto perinatal. Frecuencia parecida fue reportada por Limascca N (12) en el 2023 en Lima, que encontró 20.84% de violencia.

La procedencia de las puérperas también mostró mayor proporción de casos provenientes de zonas rurales (54.29%) en comparación con las urbanas (45.71%). Este hallazgo sugiere que las mujeres en áreas rurales pueden enfrentar desafíos adicionales, como el acceso limitado a servicios de salud mental, cuando son referidas a centros hospitalarios de mayor complejidad el proceso de instalación en la ciudad la falta de apoyo socioeconómico, podrían contribuir al desarrollo de depresión posparto. Otros autores reportaron frecuencias menores para procedencia de zona rural: a nivel internacional Inthaphatha S et al (14) en el 2020 en Asia (33.3%), a nivel nacional Limascca N (12) en el 2023 en Lima (25.9%); a nivel regional Chambilla Y (21) en el 2023 en Puno en los C.S. Metropolitano y Simón Bolívar (33.3%).

La historia obstétrica también mostró relevancia, donde el 80% de las puérperas con depresión posparto no habían tenido abortos previos, y el 57.14% eran primíparas. La primiparidad es un factor conocido que puede aumentar la vulnerabilidad a la depresión posparto debido a la inexperiencia y la ansiedad asociadas con el primer parto.



En el estudio de Chambilla Y (21) en el 2023 en Puno en los C.S. Metropolitano y Simón Bolívar se reportó 71.83% no tuvieron aborto previo.

Respecto a las comorbilidades, la presencia de diabetes mellitus fue baja (2.86%), al igual que los casos de obesidad y sobrepeso (8.57%). Esto podría indicar que, aunque estas condiciones son factores de riesgo conocidos, no fueron los determinantes principales en esta población específica. Limascca N (12) en el 2023 en Lima reporto una frecuencia menor de diabetes mellitus (1.7%).

La mayoría de las púerperas no tenían antecedentes de depresión (94.29%), lo que sugiere que la depresión posparto puede desarrollarse otra vez en muchas mujeres, independientemente de antecedentes psiquiátricos previos. Sin embargo, la identificación temprana y el manejo de síntomas depresivos durante el embarazo podrían ser cruciales para prevenir su exacerbación en el período postparto. Otros autores reportaron frecuencias diferentes para ausencia de depresión previa: a nivel internacional Inthaphatha S et al (14) en el 2020 en Asia (54.5%); a nivel nacional Limascca N (12) en el 2023 en Lima (97.62%).

Al evaluar los factores sociodemográficos asociados a depresión posparto, en relación con la edad, se observó que las púerperas de 35 años o más tuvieron un riesgo significativamente mayor de desarrollar depresión postparto en comparación con las más jóvenes (OR: 3.18; p: 0.0487). Esto podría explicarse por el hecho de que la maternidad tardía puede estar asociada a mayores niveles de estrés y preocupaciones sobre la salud tanto de la madre como del bebé, así como a mayores expectativas sociales y personales. En el estudio de Chambilla Y (21) en el 2023 en Puno en los C.S. Metropolitano y Simón Bolívar no se encontró asociación con edad (p: 0.520)



Respecto al estado civil, aunque la mayoría de las puérperas con depresión postparto eran convivientes, no se encontró una asociación significativa entre el estado civil y la depresión postparto ($p > 0.05$). La literatura menciona que las mujeres que están casadas o tienen una pareja estable suelen recibir más apoyo emocional, lo que puede reducir el riesgo de depresión posparto. El apoyo de la pareja en tareas como el cuidado del recién nacido y el manejo de las responsabilidades del hogar puede aliviar el estrés y la fatiga, dos factores que contribuyen a la depresión. Al igual que nuestros resultados Chambilla Y (21) en el 2023 en Puno en los C.S. Metropolitano y Simón Bolívar no encontró asociación con conviviente ($p: 0.334$). Otros autores reportaron resultados diferentes a los nuestros: a nivel internacional Genchi F et al (12) en el 2021 en México reportó asociación con soltera ($OR: 2.5; p < 0.05$); a nivel regional Centón J (22) en Puno en el 2020 en el HMNB encontró asociación con conviviente ($p: 0.004$).

El nivel educativo no mostró una asociación significativa con la depresión posparto, se menciona que el nivel educativo influye en la depresión posparto principalmente a través del acceso a información, mejor capacidad de afrontar la maternidad, las condiciones económicas y el acceso a redes de apoyo. Las mujeres con un mayor nivel educativo tienden a estar mejor preparadas para manejar los desafíos del posparto, lo que puede reducir el riesgo de desarrollar depresión, pero se debe considerar que la educación, por sí sola, no es un factor determinante en la aparición de esta condición. Sin embargo, es importante considerar que otros estudios han reportado que un mayor nivel educativo puede actuar como un factor protector, posiblemente debido a un mejor acceso a recursos y apoyo social. Al igual que nuestros resultados Chambilla Y (21) en el 2023 en Puno en los C.S. Metropolitano y Simón Bolívar no encontró asociación con nivel educativo ($p: 0.152$).



El apoyo familiar, a pesar de no mostrar una asociación significativa con la depresión postparto ($p > 0.05$), sigue siendo un factor importante a considerar en el manejo de las puérperas, debido a que la red de apoyo proporciona alivio emocional y psicológico, lo que ayuda a la madre a enfrentar los desafíos del posparto con mayor resiliencia y menos riesgo de desarrollar depresión. Además, la presencia de un entorno familiar positivo, que fomente la comunicación y el apoyo, es importante en la prevención y el manejo de la depresión postparto. Al igual que nuestros resultados Chambilla Y (21) en el 2023 en Puno en los C.S. Metropolitano y Simón Bolívar no encontró asociación con falta de apoyo familiar ($p: 0.460$). Otros autores reportaron hallazgos diferentes: a nivel internacional Genchi F et al (12) en el 2021 en México reportó que el apoyo familiar fue un factor protector (OR: 0.36; $p < 0.05$) y Xayyabouapha A et al (10) en el 2022 en Vietnam reportó que la falta de apoyo familiar fue un factor de riesgo (OR: 5.6; $p < 0.05$).

Un hallazgo relevante de este estudio fue la fuerte asociación entre la violencia física y la depresión postparto (OR: 66.81; $p < 0.001$). Esto se explica porque la violencia física genera un estrés crónico y constante, que contribuye a la aparición o agravamiento de la depresión postparto. Las mujeres que sufren violencia viven bajo un temor constante, lo que aumenta los niveles de ansiedad y estrés, factores que influyen en el desarrollo de la depresión postparto. El estrés prolongado afecta negativamente al sistema endocrino y al cerebro, lo que puede alterar la regulación emocional y facilitar la aparición de trastornos como la depresión. Por otro lado, las puérperas que no experimentaron violencia y abuso tuvieron un menor riesgo de presentar depresión postparto (OR: 0.23; $p = 0.007$), lo que subraya la importancia de ambientes seguros y libres de violencia para la salud mental materna. Otros autores al igual que nuestros resultados reportaron asociación con violencia y abuso: a nivel internacional Xayyabouapha A et al (10) en el 2022 en Vietnam (OR: 2.6; $p < 0.05$); a nivel nacional Limascca N (12) en el 2023 en



Lima (OR: 3.34; $p < 0.05$); a nivel regional Chambilla Y (21) en el 2023 en Puno los C.S. Metropolitano y Simón Bolívar ($p: 0.002$).

Las puérperas procedentes de zonas rurales mostraron un riesgo mayor de desarrollar depresión postparto en comparación con las de zonas urbanas (OR: 2.15; $p=0.034$). Este hallazgo podría estar relacionado con factores como el aislamiento social, menor acceso a servicios de salud mental, y mayores cargas laborales y familiares en zonas rurales. A diferencia de nuestros resultados Limascca N (12) en el 2023 en Lima reportó la procedencia de zona rural como un factor protector (OR: 0.54; $p < 0.05$)

Al evaluar los factores gineco-obstétricos asociados a depresión posparto, se evidenció que el tipo de parto se asoció significativamente con la depresión postparto, encontrándose que las puérperas que tuvieron parto por cesárea presentaron un mayor riesgo de depresión en comparación con aquellas que tuvieron parto vaginal (OR: 2.49; $p: 0.049$). Esto se explica porque, después de un parto vaginal, las hormonas como la oxitocina y la prolactina se liberan de forma natural, promoviendo la vinculación madre-bebé y la adaptación emocional. En la cesárea, la intervención quirúrgica y el uso de anestesia pueden alterar la producción de oxitocina, lo que afecta la vinculación y puede aumentar el riesgo de depresión. Además, el estrés físico y emocional de una cesárea, especialmente de emergencia, activa el eje hipotálamo-hipófisis-adrenal, aumentando los niveles de cortisol, lo cual está relacionado con alteraciones emocionales y un mayor riesgo de depresión. Oros autores a diferencia de nuestros resultados no encontraron asociación con el tipo de parto: a nivel nacional Limascca N (12) en el 2023 en Lima (OR: 1.09; $p > 0.05$); a nivel regional Centón J (22) en Puno en el 2020 en el HMNB ($p: 0.10$) y Chambilla Y (21) en el 2023 en Puno los C.S. Metropolitano y Simón Bolívar ($p: 0.612$).



Aunque no se encontró una asociación significativa entre el aborto previo y la depresión postparto, es importante considerar que, a nivel emocional, las mujeres que han experimentado un aborto, ya sea espontáneo o inducido, pueden enfrentar sentimientos de tristeza, culpa, angustia o duelo no resuelto, lo que puede aumentar la vulnerabilidad a desarrollar depresión durante el posparto. Al igual que nuestros resultados Chambilla Y (21) en el 2023 en Puno en los C.S. Metropolitano y Simón Bolívar no encontró asociación con aborto previo (p: 0.264).

Al evaluar las comorbilidades asociadas a depresión postparto, no se encontró una asociación significativa entre la diabetes mellitus y la depresión postparto (OR: 1.22; p: 0.701), ni entre la depresión previa y la depresión postparto (OR: 3.84; p: 0.198). Se conoce que, durante el embarazo, las fluctuaciones hormonales y los cambios en el metabolismo de la glucosa pueden aumentar el riesgo de trastornos del ánimo. Las mujeres con diabetes pueden experimentar un control menos eficiente de sus niveles de glucosa en sangre, lo que puede contribuir a la fatiga, el estrés y la irritabilidad, factores que aumentan el riesgo de depresión. Por otro lado, las fluctuaciones hormonales en el embarazo y el posparto pueden desencadenar un episodio depresivo en mujeres con antecedentes de depresión, debido a la disminución rápida de hormonas como el estrógeno y la progesterona después del parto, junto con el estrés y la fatiga, puede aumentar el riesgo a depresión. A diferencia de nuestros resultados, otros autores reportaron asociación con depresión previa: a nivel internacional Inthaphatha S et al (14) en el 2020 en Asia (OR: 2.18; p: 0.001); a nivel regional Limascca N (12) en el 2023 en Lima (OR: 4.47, p <0.05).

Finalmente, se observó una fuerte asociación entre la obesidad y el sobrepeso con la depresión postparto (OR: 9.29; p: 0.03). Esto se explica porque, la obesidad y el sobrepeso aumentan el riesgo de depresión postparto a través de mecanismos hormonales,



metabólicos e inflamatorios. La resistencia a la insulina y el hiperandrogenismo alteran la regulación del ánimo, mientras que el exceso de cortisol, relacionado con el estrés, puede desestabilizar la regulación emocional. Además, la obesidad está asociada con un estado inflamatorio crónico que afecta la neurotransmisión, particularmente la serotonina y la dopamina, contribuyendo a la predisposición a la depresión. Asimismo, el exceso de grasa y la inflamación pueden afectar áreas del cerebro responsables del control emocional, como el hipocampo y la corteza prefrontal, lo que disminuye la capacidad para manejar el estrés y aumenta el riesgo de depresión posparto.



V. CONCLUSIONES

- La frecuencia de depresión postparto en las puérperas atendidas en el Hospital Carlos Monge Medrano de Juliaca fue del 21.21%. los factores como la edad avanzada la falta de apoyo familiar, la violencia psicológica y física, la migración hacia la ciudad el tipo de parto, obesidad y sobrepeso son propios de la región de Puno atendidas en el Hospital Carlos Monge Medrano de la ciudad de Juliaca, estos resultados se deslindan de los resultados obtenidos en las regiones de la selva y costa del Perú y por ende a nivel internacional.
- Entre los factores sociodemográficos, la edad materna avanzada (≥ 35 años) y la procedencia rural se identificaron como factores significativamente asociados a un mayor riesgo de desarrollar depresión postparto. Así mismo, la violencia física y verbal fue identificada como un factor fuertemente asociado a la depresión postparto
- Entre los factores gineco-obstetricos, el tipo de parto se asoció significativamente con la depresión postparto, siendo el parto por cesárea un factor de riesgo.
- Entre las comorbilidades, la obesidad y sobrepeso se asoció significativamente con la depresión postparto.



VI. RECOMENDACIONES

Para el nivel Nacional: MINSA.

- Diseñar políticas nacionales de prevención, detección y manejo de la depresión posparto, tomando en cuenta la evidencia científica del País.

Para el Nivel Regional.

- Adecuar las políticas nacionales de prevención, detección y manejo de la depresión posparto, a la realidad de la Región Puno, tomando en cuenta la evidencia científica de la Región.

Para el nivel Local: HCMM de Juliaca.

- Implementar un programa de detección temprana de depresión posparto en el Hospital Carlos Monge Medrano, que incluya la evaluación sistemática de todas las puérperas, con seguimiento continuo durante las 12 semanas posparto. Además, realizar un control periódico cada mes durante las 12 primeras semanas y posterior a ello cada 6 meses, con el seguimiento respectivo con la finalidad de vigilar signos de alarma para prevenir cualquier eventualidad que conlleve a daño materno consiguientemente con su hijo.
- Además, se debe capacitar al personal de salud en el manejo adecuado de esta condición para mejorar los resultados maternos y neonatales.
- Diseñar estrategias de intervención focalizadas en mujeres de mayor edad y aquellas provenientes de zonas rurales, quienes han demostrado estar en mayor riesgo de desarrollar depresión posparto. Estas estrategias podrían incluir el fortalecimiento de las redes de apoyo social y el acceso a servicios de salud mental, especialmente



en áreas rurales. Por otro lado, implemente protocolos de detección de violencia de género y abuso en mujeres embarazadas y puérperas, acompañados de un plan de intervención inmediato. Además, crear un servicio de atención psicológica y asesoría legal para las víctimas de violencia, con el fin de prevenir y tratar la depresión postparto en este grupo vulnerable.

- El hospital debe brindar apoyo psicológico especializado a las mujeres que se someten a cesáreas, con especial atención a aquellas en las que el procedimiento no fue planificado. La creación de programas de acompañamiento psicológico y grupos de apoyo para estas mujeres podría ayudar a mitigar el riesgo de desarrollar depresión postparto.
- Integrar programas de manejo del peso y promoción de estilos de vida saludables dentro del cuidado prenatal y postnatal a las gestantes y puérperas. Además, se deben establecer servicios de apoyo psicológico para mujeres con obesidad o sobrepeso, con el fin de reducir el riesgo de depresión postparto.

Para EsSalud Juliaca.

- Adecuar las políticas regionales de prevención, detección y manejo de la depresión posparto, a la realidad de la Región Puno, tomando en cuenta la evidencia científica de EsSalud.
- Adecuación de la escala de depresión post natal de edimburgh a nuestra realidad regional con términos más sencillos y entendibles, sin alterar la esencia de la pregunta para posteriormente validarlo por juicio de expertos e instaurarlo en los centros de atención en salud en las áreas respectivas puerperio, CRED, psicología y realizar seguimiento y control durante los 4 primeros meses, posteriormente cada 6 meses



con una respectiva ficha de control puntualizando posibles signos de alarma con la finalidad de un diagnóstico temprano.

- La elaboración de un manual práctico sencillo y con términos adecuados a nuestra región, para el uso del personal de salud al momento de los controles en los servicios de puerperio y CRED con el objetivo de vigilar signos de alarma como estado de ánimo, sentido de inutilidad, agitación psicomotriz, pérdida de energía, intento de suicidio, cambio de peso, indecisión, trastorno del sueño.



VII. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Minotta A, Santamaría P, Cardona W. Revisión narrativa sobre la depresión posparto: un problema que cada día es más común. *Rev. chil. obstet. ginecol.* [Internet]. 2024 [citado 2024 Nov 23]; 89(4):271-278. Disponible en:
http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-75262024000400271&lng=es.
2. Lipa F. Abordaje de las características y la depresión posparto en puérperas del altiplano peruano. *Rev. Acciones méd* [Internet]. 2023 [citado 2024 Nov 23]; 3(1): 35-44. Disponible en:
<https://accionesmedicas.com/index.php/ram/article/download/67/146/235>
3. Lindahl V, Pearson J, Colpe L. Prevalencia de tendencias suicidas durante el embarazo y el posparto. *Arch Womens Ment Health* [Internet]. 2005 [citado 2024 Mar 24]; 8(2):77-87. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/15883651/>
4. Malpartida M. Depresión posparto en atención primaria. *Rev.méd.sinerg* [Internet]. 2020 [citado 2024 Mar 24]; 5(2):e355. Disponible en:
<https://revistamedicasinergia.com/index.php/rms/article/view/355>
5. Munk T, Liu X, Madsen K. Depresión posparto: un modelo desarrollado y validado que predice el riesgo individual en madres primerizas. *Transl Psiquiatría* [Internet]. 2022 [citado 2024 Mar 24]; 12(419):1-10. Disponible en:
<https://www.nature.com/articles/s41398-022-02190-8#citeas>
6. Masías M, Arias W. Prevalencia de la depresión post parto en Arequipa, Perú. *Rev Med Hered* [Internet]. 2018 [citado 2024 Mar 24]; 29(4):226-231. Disponible en:



- http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1018-130X2018000400004&lng=es.
7. Acuña A, Ramírez E, Azofeifa M. Depresión postparto. Rev.méd.sinerg [Internet]. 2021 [citado 2024 Mar 24]; 6(9):e712. Disponible en:
<https://revistamedicasinergia.com/index.php/rms/article/view/712>
 8. Thomas D. Apoyo social y síntomas de depresión postparto en puérperas en la ciudad de Riohacha. Tesis de pregrado. Colombia: Universidad Antonio Narino [Internet]. 2024 [citado 2024 Nov 23]. Disponible en:
<https://repositorio.uan.edu.co/server/api/core/bitstreams/cf2325c0-1bd9-44cf-b24f-830e85bcb760/content>
 9. Coca K, Chien L, Lee E. Factores asociados con los síntomas de la depresión posparto entre mujeres posparto en cinco países durante la pandemia de COVID-19: un estudio transversal en línea. BMC Psiquiatría [Internet]. 2023 [citado 2024 Mar 24]; 23(171):1-10. Disponible en:
<https://bmcp psychiatry.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12888-023-04607-0#citeas>
 10. Xayyabouapha A, Sychareun V, Quyen B, Thikeyo M, Durham J. Prevalencia y factores de riesgo asociados con los síntomas depresivos posparto entre mujeres en Vientiane Capital, República Democrática Popular Lao. Front Public Health [Internet]. 2022 [citado 2024 Mar 24]; 10(791385):1-7. Disponible en:
<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/35592080/>
 11. Bradshaw H, Riddle J, Salimgaraev R, Zhaunova L, Payne J. Factores de riesgo asociado a los síntomas depresivos posparto: un estudio multinacional. Journal of



- affective disorders [Internet]. 2022 [citado 2024 Mar 24]; 301(2022):345-351.
Disponibile en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34979186/>
12. Genchi F, Paredes S, Solano N, Rios C, Paredes S, Andersson N. Prevalencia de depresión posparto y factores asociados en usuarias de un hospital público de Acapulco, Guerrero, México. *Ginecol Obstet Mex* [Internet]. 2021 [citado 2024 Mar 24]; 89(12): 927-936. Disponible en:
<https://www.scielo.org.mx/pdf/gom/v89n12/0300-9041-gom-89-12-927.pdf>
13. Fernández M, Matos A, Beirigo G, Arena C, Pires F, da Silva T. Ocurrencia y factores asociados con la depresión posparto en un área urbana de Brasil. *Enfermería Global* [Internet]. 2020 [citado 2024 Mar 24]; 22(1):134-166. Disponible en:
https://www.researchgate.net/publication/367109779_Occurrence_and_factors_associated_with_postpartum_depression_in_the_urban_area_of_Brazil
14. Inthaphatha S, Yamamoto E, Louangpradith V, Takahashi Y, Phengsavanh A, Kariya T, et al. Factores asociados con la depresión posparto entre mujeres en Vientiane Capital, República Democrática Popular Lao: un estudio transversal. *PloS one* [Internet]. 2020 [citado 2024 Mar 24]; 15(12): e0243463. Disponible en:
<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33275620/>
15. Leveau H, Chávez J, Calle L, Guerrero H, Mejia C, Luján B, et al. Factores asociados a la depresión posparto en puérperas de un hospital peruano. *Clínica e Investigación en Ginecología y Obstetricia* [Internet]. 2024 [citado 2024 Nov 23]; 51(1):1-7.
Disponibile en:
<https://www.elsevier.es/index.php?p=revista&pRevista=pdf-simple&pii=S0210573X24000492&r=7>



16. Limascca N. Factores asociados a sintomatología de depresión postparto en puérperas de edad fértil en el Perú: subanálisis de la ENDES 2021. Tesis de pregrado. Lima: Universidad Nacional Federico Villarreal [Internet]. 2023 [citado 2024 Mar 24]. Disponible en:

https://repositorio.unfv.edu.pe/bitstream/handle/20.500.13084/7897/UNFV_FMHU_Limascca_Gutierrez_Nataly_Deisi_Titulo_profesional_2023.pdf?sequence=1&isAllowed=y
17. Zuazo C. Factores asociados a la depresión postparto en puérperas atendidas en el Hospital Santa María del Socorro 2022. Tesis de pregrado. Ica: Universidad Privada San Juan Bautista [Internet]. 2022 [citado 2024 Mar 24]. Disponible en:

<https://repositorio.upsjb.edu.pe/bitstream/handle/20.500.14308/4396/T-TPMC-ZUAZO%20UVIDIA%20CESYBELL%20FIORELLA.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
18. Gonzales E, Gallegos W, Toia A del C, Rivera R, Condori ML. Depresión postparto en mujeres víctimas de violencia doméstica en la ciudad de Arequipa. Revista Cubana de Obstetricia y Ginecología [Internet]. 2 de septiembre de 2020 [citado 2024 Mar 24]; 46(1). Disponible en:

<https://www.medigraphic.com/cgi-bin/new/resumen.cgi?IDARTICULO=102385>
19. Silvera M. Factores de riesgo de depresión postparto en puérperas del Hospital de baja complejidad Vitarte octubre – diciembre 2018. Lima: Universidad Nacional Federico Villarreal [Internet]. 2019 [citado 2024 Mar 24]. Disponible en:

https://repositorio.unfv.edu.pe/bitstream/handle/20.500.13084/2986/UNFV_SILVERA_BENDEZU_MILUSKA_ZOLINDA_CATALINA_TITULO_PROFESIONAL_2019.pdf?sequence=1&isAllowed=y



20. Meléndez C. Embarazo no planificado asociado al desarrollo de depresión postparto en pacientes atendidas en el Hospital Carlos Monge Medrano Juliaca – 2023. Tesis de pregrado. Puno: Universidad Nacional del Altiplano [Internet]. 2023 [citado 2024 Nov 23]. Disponible en:

https://repositorio.unap.edu.pe/bitstream/handle/20.500.14082/21065/Melendez_Valdivia_Chelsea.pdf?sequence=1&isAllowed=y
21. Chambilla Y. Factores asociados a depresión posparto en puérperas tardías en los establecimientos de salud Metropolitano y Simón Bolívar, durante los periodos julio – septiembre 2023. Tesis de pregrado. Puno: Universidad Nacional del Altiplano [Internet]. 2023 [citado 2024 Mar 24]. Disponible en:

http://repositorio.unap.edu.pe/bitstream/handle/20.500.14082/20940/Chambilla_Mollinedo_Yhon_Brayan.pdf?sequence=1&isAllowed=y
22. Centón J. Factores de riesgo para la depresión posparto en madres adolescentes atendidas en el Hospital Manuel Núñez Butrón Puno 2020. Tesis de pregrado. Huancayo: Universidad Roosevelt [Internet]. 2020 [citado 2024 Mar 24]. Disponible en:

<https://repositorio.uroosevelt.edu.pe/bitstream/handle/20.500.14140/343/TESIS%20FINAL.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
23. Tello Z. Factores que conllevan a la depresión postparto en puérperas del centro de salud Simón Bolívar – Puno 2018. Tesis de pregrado. Juliaca: Universidad Andina Néstor Cáceres Velásquez. 2019.
24. Serati M, Redaelli M, Buoli M, Altamura A. Biomarcadores de depresión mayor perinatal: una revisión sistemática. J Affect Disord [Internet]. 2016 [citado 2024 Set 07]; 193:391-404. Disponible en:



<https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0165032715311265?via%3>

Dihub

25. Radoš S, Akik B, Žutić M, Rodriguez M, Uriko K, Motrico E, et al. Diagnóstico del trastorno depresivo periparto: un enfoque de vanguardia desde la perspectiva de la acción COST Riseup-PPD. *Compr Psychiatry* [Internet]. 2024 [citado 2024 Set 07]; 130:152456. Disponible en:

<https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0010440X24000075?via%3Dihub>

26. Liu X, Wang S, Wang G. Prevalencia y factores de riesgo de depresión posparto en mujeres: una revisión sistemática y un metanálisis. *J Clin Nurs* [Internet]. 2022 [citado 2024 Set 07]; 31 (19-20):2665-2677. Disponible en:

<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34750904/>

27. Valdes E, Sparkman L, Amar R, Steiner L, Gorman J, Ittel V, et al. Mejorar la salud mental materna: evaluación del alcance de la detección y la capacitación sobre la depresión periparto. *J Matern Fetal Neonatal Med* [Internet]. 2023 [citado 2024 Set 07]; 36 (1):2155042. Disponible en:

<https://www.tandfonline.com/doi/full/10.1080/14767058.2022.2155042#abstract>

28. Zauderer C. Depresión posparto: cómo los educadores de parto pueden ayudar a romper el silencio. *J Perinat Educ* [Internet]. 2009 [citado 2024 Set 07]; 18 (2):23-31. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2684038/>

29. Konjevod M, Gredicak M, Vuic B, Tudor L, Nikolac M, Milos T, et al. Descripción general de los aspectos metabólicos en la depresión posparto. *Prog Neuropsychopharmacol Biol Psychiatry* [Internet]. 2023 [citado 2024 Set 07]; 127:110836. Disponible en:



<https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0278584623001227?via%3>

Dihub

30. Payne J, Maguire J. Mecanismos fisiopatológicos implicados en la depresión posparto. *Front Neuroendocrinol* [Internet]. 2019 [citado 2024 Nov 23]; 52:165-180.

Disponible en: <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC6370514/>

31. González A, Casado P, Molero M, Santos R, López I. Factores asociados a depresión posparto. *AMC* [Internet]. 2019 [citado 2024 Nov 23]; 23(6):770-779. Disponible

en:

http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1025-02552019000600770&lng=es.

32. Elwood J, Murray E, Bell A, Sinclair M, Kernohan W, Stockdale J. Una revisión sistemática que investiga si los marcadores genéticos o epigenéticos están asociados con la depresión posparto. *J Affect Disord* [Internet]. 2019 [citado 2024 Nov 23];

253:51-62. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31029013/>

33. Hutcherson T, Cieri N, Gosciak M. Brexanolona para la depresión posparto. *Am J Health Syst Pharm* [Internet]. 2020 [citado 2024 Set 07]; 77 (5):336-345. Disponible

en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32073124/>

34. Sharma R, Bansal P, Saini L, Sharma N, Dhingra R. Zuranolona, un fármaco neuroactivo, utilizado en el tratamiento de la depresión posparto mediante la modulación de los receptores GABA A. *Pharmacol Biochem Behav* [Internet]. 2024

[citado 2024 Set 07]; 238:173734. Disponible en:

<https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0091305724000285?via%3>

Dihub



35. Couto T, Brancaglioni M, Alvim A, Moreira L, Garcia F, Nicolato R, et al. Depresión posparto: una revisión sistemática de la genética involucrada. *World J Psychiatry* [Internet]. 2015 [citado 2024 Set 07]; 5 (1):103-11. Disponible en:
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4369539/>
36. Cardaillac C, Rua C, Simon E, El-Hage W. Oxitocina y depresión posparto. *J Gynecol Obstet Biol Reprod (París)* [Internet]. 2016 [citado 2024 Set 07]; 45 (8):786-795. Disponible en:
<https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0368231516300345?via%3Dihub>
37. Takacs L, Seidlerova J, Sterbova Z, Cepicky P, Havlicek J. Efectos de la oxitocina sintética intraparto sobre el estado de ánimo materno posparto: hallazgos de un estudio observacional prospectivo. *Arch Womens Ment Health* [Internet]. 2019 [citado 2024 Nov 23]; 22:485-491. Disponible en:
https://www.google.com/search?q=Takacs+L%2C+Seidlerova+JM%2C+Sterbova+Z%2C+Cepicky+P%2C+Havlicek+J.+Efectos+de+la+oxitocina+sint%C3%A9tica+intraparto+sobre+el+estado+de+%C3%A1nimo+materno+posparto%3A+hallazgos+de+un+estudio+observacio+nal+prospectivo.+Arch+Womens+Ment+Health.+2019%3B22%3A485-491.&dq=Takacs+L%2C+Seidlerova+JM%2C+Sterbova+Z%2C+Cepicky+P%2C+Havlicek+J.+Efectos+de+la+oxitocina+sint%C3%A9tica+intraparto+sobre+el+estado+de+%C3%A1nimo+materno+posparto%3A+hallazgos+de+un+estudio+observacional+prospectivo.+Arch+Womens+Ment+Health.+2019%3B22%3A485-491.&gs_lcrp=EgZjaHJvbWUyBggAEEUYOdIBCDE5NzVqMG03qAIAAsAIA&sourceid=chrome&ie=UTF-8



38. Stewart D, Vigod S. Postpartum Depression: Pathophysiology, Treatment, and Emerging Therapeutics. *Annu Rev Med* [Internet]. 2019 [citado 2024 Set 07]; 70:183-196. Disponible en:
<https://www.annualreviews.org/docserver/fulltext/med/70/1/annurev-med-041217-011106.pdf?expires=1725405936&id=id&accname=guest&checksum=C889332B36C1A067C42476A40FD6CDF4>
39. Liu C, Pace S, Bromley R, Dobson R. Exposición a medicamentos para enfermedades neurológicas durante el embarazo: ¿es momento de considerar las implicaciones a largo plazo? *E Clinical Medicine* [Internet]. 2023 [citado 2024 Nov 23]; 63:102157. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/37662523/>
40. Tratamiento y manejo de las afecciones de salud mental durante el embarazo y el posparto: guía de práctica clínica del ACOG n° 5. *Obstet Gynecol* [Internet]. 2023 [citado 2024 Set 07]; 141 (6):1262-1288. Disponible en:
https://journals.lww.com/greenjournal/fulltext/2023/06000/treatment_and_management_of_mental_health.36.aspx
41. Detección y diagnóstico de trastornos de salud mental durante el embarazo y el posparto: guía de práctica clínica n° 4 del ACOG. *Obstet Gynecol* [Internet]. 2023 [citado 2024 Set 07]; 141 (6):1232-1261. Disponible en:
https://journals.lww.com/greenjournal/fulltext/2023/06000/screening_and_diagnosiss_of_mental_health.35.aspx
42. Lakkis N, Mahmassani D. Instrumentos de detección de la depresión en atención primaria: una revisión concisa para médicos. *Postgrad Med* [Internet]. 2015 [citado 2024 Set 07]; 127 (1):99-106. Disponible en:
<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/25526224/>



43. Beck C. Depresión posparto: no es sólo tristeza. *Am J Nurs* [Internet]. 2006 [citado 2024 Set 07]; 106 (5):40-50. Disponible en:
https://journals.lww.com/ajnonline/abstract/2006/05000/postpartum_depression__it_isn_t_just_the_blues____.20.aspx
44. Powell J, Garland S, Preston K, Piszczatoski C. Brexanolona (Zulresso): Finalmente, un tratamiento aprobado por la FDA para la depresión posparto. *Ann Pharmacother* [Internet]. 2020 [citado 2024 Set 07]; 54 (2):157-163. Disponible en:
<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31476884/>
45. Kaner S, Colquhoun H, Gunduz H, Raines S, Arnold R, Schacterle A, et al. Brexanolona (inyección de SAGE-547) en la depresión posparto: un ensayo controlado aleatorio. *Lancet* [Internet]. 2017 [citado 2024 Set 07]; 390 (10093):480-489. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28619476/>
46. Meltzer S, Colquhoun H, Riesenbergr R, Epperson C, Deligiannidis K, Rubinow D, et al. Inyección de brexanolona en la depresión posparto: dos ensayos de fase 3 multicéntricos, doble ciego, aleatorizados y controlados con placebo. *Lancet* [Internet]. 2018 [citado 2024 Set 07]; 392 (10152):1058-1070. Disponible en:
<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30177236/>
47. Deligiannidis K, Meltzer S, Maximos B, Peeper E, Freeman M, Lasser R, et al. Zuranolona para el tratamiento de la depresión posparto. *Am J Psychiatry* [Internet]. 2023 [citado 2024 Set 07]; 180 (9):668-675. Disponible en:
https://psychiatryonline.org/doi/10.1176/appi.ajp.20220785?url_ver=Z39.88-2003&rfr_id=ori:rid:crossref.org&rfr_dat=cr_pub%20%20pubmed
48. Senda M, Johnson K, Taylor I, Jensen M, Flynn H, Kozel F. Accelerated Transcranial Magnetic Stimulation Provided Rapid Improvement in Depressive, Anxiety, Trauma,



- and Pain Symptoms in a Woman Experiencing Postpartum Depression. *J ECT* [Internet]. 2023 [citado 2024 Set 07]; 39(3):e14-e15. Disponible en:
https://journals.lww.com/ectjournal/citation/2023/09000/accelerated_transcranial_magnetic_stimulation.31.aspx
49. Chechko N, Stickel S, Votinov M. Neural responses to monetary incentives in postpartum women affected by baby blues. *Psychoneuroendocrinology* [Internet]. 2023 [citado 2024 Set 07]; 148:105991. Disponible en:
<https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0306453022003328?via%3DiHub>
50. Ghaedrahmati M, Kazemi A, Kheirabadi G, Ebrahimi A, Bahrami M. Factores de riesgo de depresión posparto: una revisión narrativa. *J Educ Health Promot* [Internet]. 2017 [citado 2024 Set 07]; 6:60. Disponible en:
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5561681/>
51. Zacher M, Bricca A, Liu X, Frokjaer V, Madsen K, Munk T. Antecedentes familiares de trastornos psiquiátricos como factor de riesgo de depresión posparto materna: una revisión sistemática y un metanálisis. *JAMA Psychiatry* [Internet]. 2022 [citado 2024 Set 07]; 79 (10):1004-1013. Disponible en:
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC9386615/>
52. OMS. Depresión [Internet]. 2023 [citado 2024 Nov 30]. Disponible en:
https://www.who.int/es/news-room/factsheets/detail/depression?gad_source=1&gclid=CjwKCAiAjKu6BhAMEiwAx4UsAveJPPpkzvvg9irK mzZOrgW-RwIIa05DNq9vcgkWeIe0fAmGVvMHcRoCymcQAvD_BwE

ANEXOS

ANEXO 1. Operacionalización de variables

Variables independientes

VARIABLE	DIMENSIÓN	INDICADOR	CATEGORÍA	ESCALA DE MEDICIÓN
Factores de Riesgo	Características sociodemográficas	Edad	< 19 años 19-34 años >35 años	Intervalo
		Estado civil	Soltera Casada Conviviente Divorciada	Nominal
		Nivel educativo	Primaria Secundario Superior	Ordinal
		Apoyo de la familia	Si No	Nominal
		Violencia y abuso	Discusiones Violencia física Otro tipo de violencia	Nominal
		Lugar de procedencia	Urbana Rural	Nominal
	Características Gineco obstétricas	Tipo de parto	Parto vaginal Cesárea	Nominal
		Aborto previo	Si No	Nominal
		Paridad	Primípara Múltipara	Ordinal
	Comorbilidades maternas	Diabetes Mellitus	Si No	Nominal
		Depresión previa	Si No	Nominal
		Obesidad y sobrepeso	Si No	Nominal

Variable dependiente

VARIABLE	DIMENSIÓN	INDICADOR	CATEGORÍA	ESCALA DE MEDICIÓN
Depresión post parto	Escala de Edimburgo	Escala de Edimburgo.	Sí = Mayor igual a 10 No= Menor de 10	Nominal



ANEXO 2. Ficha de recolección de datos

Factores asociados a depresión postparto en púerperas atendidas en el Hospital

Carlos Monge Medrano de Juliaca en el año 2024

CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRAFICAS

Edad materna: años

Tiempo de puerperio: semanas

Estado civil: Soltera Casada Conviviente

Divorciada Otro

Nivel educativo: Primaria Secundaria Superior

Apoyo de la familia: Si No

¿Ha sido usted víctima de violencia física, o psicológica?: Discusiones

Violencia Física Otro tipo de violencia Ninguno

¿De qué zona viene? Rural Urbana

CARACTERÍSTICAS GINECO-OBSTETRICAS

Tipo de parto Parto vaginal Cesárea

Paridad: Primípara Multípara

¿Ha sufrido usted un aborto previo? Si No



COMORBILIDADES MATERNAS

¿Sufre usted de Diabetes Mellitus? () Si () No

¿Ha sufrido usted depresión previa? () Si () No

¿Sufre usted de obesidad o sobrepeso? () Si () No

ESCALA DE DEPRESION POST NATAL DE EDIMBURGO

Como usted hace poco tuvo un bebe nos gustaría saber cómo se ha estado sintiendo. Por favor SUBRAYE la respuesta q más se acerca a como se ha sentido en los últimos 7 días o Por favor haga un círculo alrededor de la respuesta que más se acerca a como se ha sentido en los últimos 7 días

1. He podido reír y ver el lado bueno de las cosas:

0) tanto como siempre

1) No tanto ahora

2) Mucho menos

3) No, no he podido

2. He mirado al futuro con placer:

0) Tanto como siempre

1) Algo menos de lo que solía hacer

2) Definitivamente menos



- 3) No, nada
3. Me he culpado sin necesidad cuando las cosas marchaban mal:
- 3) Si, casi siempre
- 2) Si, algunas veces
- 1) No muy a menudo
- 0) No, nunca
4. He estado ansiosa y preocupada sin motivo:
- 0) No, nada
- 1) Casi nada
- 2) Si, a veces
- 3) Si, a menudo
5. He sentido miedo o pánico sin motivo alguno:
- 3) Si, bastante
- 2) Si, a veces
- 1) No, no mucho
- 0) No, nada
6. Las cosas me oprimen o agobian:



3) Si, casi siempre

2) Si, a veces

1) No, casi nunca

0) No nada

7. Me he sentido tan infeliz, que he sentido dificultad para dormir:

3) Si, casi siempre

2) Si, a menudo

1) No muy a menudo

0) No, nada

8. Me he sentido triste y desgraciada:

3) Si, casi siempre

2) Si, a menudo

1) No muy a menudo

0) No, nada

9. He estado tan infeliz que he estado llorando:

3) Si, casi siempre

2) Si, a menudo



1) No muy a menudo

0) No, nada

10. He pensado en hacerme daño a mí misma:

3) Si, casi siempre

2) Si, a menudo

1) No muy a menudo

0) No, nada



ANEXO 4. Evaluación del instrumento por juicio de expertos

VALIDACIÓN DE LA FICHA POR JUICIO DE EXPERTOS

Factores asociados a depresión postparto en púerperas atendidas en el Hospital Carlos Monge Medrano de Juliaca en el año 2024

ITEM	CLARIDAD		PERTINENCIA		RELEVANCIA		SUGERENCIA
	SI	NO	SI	NO	SI	NO	
Edad Materna	x		X		X		
Tiempo de puerperio	x		X		X		
Estado civil	X		X		X		
Nivel educativo	X		X		X		
Apoyo de la familia	X		X		X		
Victima de violencia	X		X		X		
Zona de procedencia	X		X		X		
Tipo de parto	X		X		X		
Paridad	X		X		X		
Aborto previo	X		X		X		
Tiene DM 2	X		X		X		
Ha tenido Depresión previa	X		X		X		
Tiene Obesidad	X		X		X		
Puntaje de escala de Edimburgo	X		x		x		

Se puede aplicar (✓)

No se puede aplicar ()

Modificar:

Nombre de médico: Dr. Robert Molleapaza. Ma muni

Especialidad: Ginecología - Obstetricia.

Fecha: 26-05-2024

Dr. Robert L. Molleapaza M.
JEFE DEPARTAMENTO GINECO - OBSTETRICIA
C.M.U. 24148 - P.N.A. 12967
HOSPITAL REGIONAL "MARILO RIVERA BUSTOZA"

Firma



VALIDACIÓN DE LA FICHA POR JUICIO DE EXPERTOS

Factores asociados a depresión postparto en puérperas atendidas en el Hospital Carlos Monge Medrano de Juliaca en el año 2024

ITEM	CLARIDAD		PERTINENCIA		RELEVANCIA		SUGERENCIA
	SI	NO	SI	NO	SI	NO	
Edad Materna	x		X		X		
Tiempo de puerperio	x		X		X		
Estado civil	X		X		X		
Nivel educativo	X		X		X		
Apoyo de la familia	X		X		X		
Víctima de violencia	X		X		X		
Zona de procedencia	X		X		X		
Tipo de parto	X		X		X		
Paridad	X		X		X		
Aborto previo	X		X		X		
Tiene DM 2							
Ha tenido Depresión previa	X		X		X		
Tiene Obesidad	X		X		X		
Puntaje de escala de Edimburgo	X		x		x		

Se puede aplicar (15)

No se puede aplicar ()

Modificar:

Nombre de médico: Dr. Richard Sanga Yampusi

Especialidad: Ginecologo - Obstetra.

Fecha: 26-05-2024

Dr. Richard Sanga Yampusi
MÉDICO CIRUJANO
GINECÓLOGO - OBSTETRA
C.M.P. 49658 R.N.E. 040337

Firma



VALIDACIÓN DE LA FICHA POR JUICIO DE EXPERTOS

Factores asociados a depresión postparto en púerperas atendidas en el Hospital Carlos Monge Medrano de Juliaca en el año 2024

ITEM	CLARIDAD		PERTINENCIA		RELEVANCIA		SUGERENCIA
	SI	NO	SI	NO	SI	NO	
Edad Materna	x		X		X		
Tiempo de puerperio	x		X		X		
Estado civil	X		X		X		
Nivel educativo	X		X		X		
Apoyo de la familia	X		X		X		
Victima de violencia	X		X		X		
Zona de procedencia	X		X		X		
Tipo de parto	X		X		X		
Paridad	X		X		X		
Aborto previo	X		X		X		
Tiene DM 2 Ha tenido Depresión previa	X		X		X		
Tiene Obesidad	X		X		X		
Puntaje de escala de Edimburgo	X		x		x		

Se puede aplicar (✓)

No se puede aplicar ()

Modificar:

Nombre de médico: Dr. Juan Vilca Callata

Especialidad: Ginecologo - Obstetra

Fecha: 25-05-2024


Firma: Juan Vilca Callata
GINECOLOGO - OBSTETRA
CMB-42403-AME 30007



ANEXO 5. Declaración jurada de autenticidad de tesis



Universidad Nacional
del Altiplano Puno



VRI
Vicerrectorado
de Investigación



Repositorio
Institucional

DECLARACIÓN JURADA DE AUTENTICIDAD DE TESIS

Por el presente documento, Yo WASHINGTON WALTER MOLLEPAZA LUQUE,
identificado con DNI 47186324 en mi condición de egresado de:

Escuela Profesional, Programa de Segunda Especialidad, Programa de Maestría o Doctorado

MEDICINA HUMANA

informo que he elaborado el/la Tesis o Trabajo de Investigación denominada:

“FACTORES ASOCIADOS A DEPRESIÓN POSTPARTO EN PUERPERAS
ATENDIDAS EN EL HOSPITAL CARLOS MONTE MEDRANO
EN EL AÑO 2024”

Es un tema original.

Declaro que el presente trabajo de tesis es elaborado por mi persona y **no existe plagio/copia** de ninguna naturaleza, en especial de otro documento de investigación (tesis, revista, texto, congreso, o similar) presentado por persona natural o jurídica alguna ante instituciones académicas, profesionales, de investigación o similares, en el país o en el extranjero.

Dejo constancia que las citas de otros autores han sido debidamente identificadas en el trabajo de investigación, por lo que no asumiré como tuyas las opiniones vertidas por terceros, ya sea de fuentes encontradas en medios escritos, digitales o Internet.

Asimismo, ratifico que soy plenamente consciente de todo el contenido de la tesis y asumo la responsabilidad de cualquier error u omisión en el documento, así como de las connotaciones éticas y legales involucradas.

En caso de incumplimiento de esta declaración, me someto a las disposiciones legales vigentes y a las sanciones correspondientes de igual forma me someto a las sanciones establecidas en las Directivas y otras normas internas, así como las que me alcancen del Código Civil y Normas Legales conexas por el incumplimiento del presente compromiso

Puno 13 de DICIEMBRE del 20 24

FIRMA (obligatoria)



Huella



ANEXO 6. Autorización para el depósito de tesis en el Repositorio Institucional



Universidad Nacional
del Altiplano Puno



Vicerrectorado
de Investigación



Repositorio
Institucional

AUTORIZACIÓN PARA EL DEPÓSITO DE TESIS O TRABAJO DE INVESTIGACIÓN EN EL REPOSITORIO INSTITUCIONAL

Por el presente documento, Yo WASHINGTON WALTER MOLLEPAZA LUQUE,
identificado con DNI 47186324 en mi condición de egresado de:

Escuela Profesional, Programa de Segunda Especialidad, Programa de Maestría o Doctorado

MEDECINA HUMANA

informo que he elaborado el/la Tesis o Trabajo de Investigación denominada:

“FACTORES ASOCIADOS A DEPRESIÓN POST PARTO EN
PUÉRPERAS ATENDIDAS EN EL HOSPITAL CARLOS MONGE
MEDRANO EN EL AÑO 2024”

para la obtención de Grado, Título Profesional o Segunda Especialidad.

Por medio del presente documento, afirmo y garantizo ser el legítimo, único y exclusivo titular de todos los derechos de propiedad intelectual sobre los documentos arriba mencionados, las obras, los contenidos, los productos y/o las creaciones en general (en adelante, los “Contenidos”) que serán incluidos en el repositorio institucional de la Universidad Nacional del Altiplano de Puno.

También, doy seguridad de que los contenidos entregados se encuentran libres de toda contraseña, restricción o medida tecnológica de protección, con la finalidad de permitir que se puedan leer, descargar, reproducir, distribuir, imprimir, buscar y enlazar los textos completos, sin limitación alguna.

Autorizo a la Universidad Nacional del Altiplano de Puno a publicar los Contenidos en el Repositorio Institucional y, en consecuencia, en el Repositorio Nacional Digital de Ciencia, Tecnología e Innovación de Acceso Abierto, sobre la base de lo establecido en la Ley N° 30035, sus normas reglamentarias, modificatorias, sustitutorias y conexas, y de acuerdo con las políticas de acceso abierto que la Universidad aplique en relación con sus Repositorios Institucionales. Autorizo expresamente toda consulta y uso de los Contenidos, por parte de cualquier persona, por el tiempo de duración de los derechos patrimoniales de autor y derechos conexos, a título gratuito y a nivel mundial.

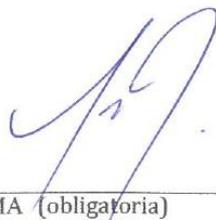
En consecuencia, la Universidad tendrá la posibilidad de divulgar y difundir los Contenidos, de manera total o parcial, sin limitación alguna y sin derecho a pago de contraprestación, remuneración ni regalía alguna a favor mío; en los medios, canales y plataformas que la Universidad y/o el Estado de la República del Perú determinen, a nivel mundial, sin restricción geográfica alguna y de manera indefinida, pudiendo crear y/o extraer los metadatos sobre los Contenidos, e incluir los Contenidos en los índices y buscadores que estimen necesarios para promover su difusión.

Autorizo que los Contenidos sean puestos a disposición del público a través de la siguiente licencia:

Creative Commons Reconocimiento-NoComercial-CompartirIgual 4.0 Internacional. Para ver una copia de esta licencia, visita: <https://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/4.0/>

En señal de conformidad, suscribo el presente documento.

Puno 13 de DICIEMBRE del 2024



FIRMA (obligatoria)



Huella