

**UNIVERSIDAD PRIVADA SAN JUAN BAUTISTA**

**FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD**

**ESCUELA PROFESIONAL DE MEDICINA HUMANA**



**DEPRESIÓN POSTPARTO EN GESTANTES QUE SE ATIENDEN EN EL  
HOSPITAL NACIONAL HIPÓLITO UNANUE DURANTE EL PERIODO  
ENERO - AGOSTO 2018**

**TESIS**

**PRESENTADA POR BACHILLER**

**BAZÁN ARBILDO MILAGROS JACQUELINE**

**PARA OPTAR EL TÍTULO PROFESIONAL DE**

**MÉDICO CIRUJANO**

**LIMA-PERÚ**

**2020**

ASESOR

Dra. Leny Bravo Luna

## **AGRADECIMIENTO**

A quienes siempre estuvieron a mi lado; mi familia, a ésta casa de estudios por sus buenos profesionales que fueron guía en mi formación y por su gran apoyo, a mi asesor.

## **DEDICATORIA**

A Dios que hace posible todo lo que me propongo y a mis padres quienes siempre serán mi apoyo y gran fortaleza.

## RESUMEN

**Objetivo:** Identificar la frecuencia de la depresión postparto en gestantes que se atienden en el Hospital Nacional Hipólito Unanue durante el periodo Enero – Agosto 2018.

**Materiales y Métodos:** El tipo de investigación es de tipo observacional, descriptivo, cuantitativo. Para la realización del presente estudio según datos de informática del Hospital Nacional Hipólito Unanue, se reporta que en el periodo Enero – Agosto 2018 existieron 150 casos de depresión postparto, que para nuestro caso sería la población total, sin embargo por fórmula de muestreo se obtuvo un total de 108 pacientes necesarios para la muestra. A

**Resultados:** Las características generales de las pacientes que sufren de depresión postparto, tienen en promedio una edad de 23.4 años con una desviación estandar de 5.3 años, es decir, que la edad oscila entre los 18 y 28 años de edad. Asimismo, la edad de inicio de relaciones sexuales entre las pacientes incluidas en el estudio es de 17.7 años con una desviación estandar de 2.1 años, en otras palabras oscila entre los 15 y 19 años de edad. El estado civil soltero, es una condición la cual se presentó en un 50.9% de los pacientes incluidos en el estudio, y el 62% son primigestas.

**Conclusiones:** Dentro de las características sociodemográficas en las pacientes con depresión postparto, la edad promedio fue de 23 años, siendo el estado civil más frecuente las solteras; y el grado de instrucción más frecuente es el secundario.

**Palabras clave:** *Depresión postparto, gestantes.*

## ABSTRACT

**Objective:** To identify the frequency of postpartum depression in pregnant women who are treated at the Hipólito Unanue National Hospital during the period January - August 2018.

**Materials and Methods:** The type of research is observational, descriptive, and quantitative. For the realization of the present study according to computer data from the Hipolito Unanue National Hospital, it is reported that in the last year there were 150 cases of postpartum depression, which for our case would be the total population, however a total of 108 patients needed for the sample were obtained by sampling formula. So a significant sample of 108 patients was taken.

**Results:** The general characteristics of patients suffering from postpartum depression, have an average age of 23.4 years with a standard deviation of 5.3 years, that is, the age ranges between 18 and 28 years of age. Likewise, the age of initiation of sexual relations between the patients included in the study is 17.7 years with a standard deviation of 2.1 years, in other words it ranges between 15 and 19 years of age. Single marital status is a condition that was present in 50.9% of patients included in the study, and 62% are primigravites.

**Conclusions:** Within the sociodemographic characteristics of patients with postpartum depression, the average age was 23 years, with the most frequent marital status being single; and the most frequent degree of instruction is secondary.

**Key words:** *Postpartum depression, pregnant.*

## INTRODUCCIÓN

El presente trabajo de investigación tiene por objetivo identificar la frecuencia de la depresión postparto en gestantes que se atienden en el Hospital Nacional Hipólito Unanue durante el periodo enero – agosto 2018. Los datos se obtuvieron mediante la aplicación de un instrumento de recolección de datos que consta de una encuesta entre las 108 gestantes que se incluyeron dentro de la muestra obtenida por fórmula. Además, se realizó una revisión de la bibliografía a nivel nacional como internacional.

Éste trabajo consta de los siguientes capítulos:

En el capítulo primero se plantea el problema que habla acerca de la problemática de esta patología se formulan los problemas generales y los específicos de la misma manera con los objetivos correspondiente, luego se procede a justificar el estudio y finalmente se establece el propósito de la investigación

En el segundo capítulo se introduce el marco teórico de esta tesis en a cuáles se presenta una revisión detallada de antecedentes (trabajos previos similares a esta investigación) de naturaleza nacional e internacional luego se presenta una revisión teórica del tema en donde se describen las características de la depresión post parto y finalmente las variables de investigación son planteadas y finalizando con la definición operacional de términos.

En el capítulo tercero se presenta el tipo de estudio realizado, el área de estudio, además de la población de muestra, la técnica e instrumentos de recolección de datos y se explica la realización del procesamiento y el análisis de los datos estadísticos.

En el capítulo cuarto se abordan los resultados del estudio y la discusión de los mismos.

En el capítulo quinto se presentan las conclusiones y las recomendaciones realizadas por el autor.

## ÍNDICE

CARÁTULA	i
AGRADECIMIENTO	iii
DEDICATORIA	iv
RESUMEN	v
ABSTRACT	vi
INTRODUCCIÓN	vii
ÍNDICE	ix
LISTA DE TABLAS	xi
LISTA DE GRÁFICOS	xii
LISTA DE ANEXOS	xiii
CAPÍTULO I: EL PROBLEMA	1
1.1 Planteamiento del problema	1
1.2 Formulación del problema	2
1.2.1 General	2
1.2.2 Específicos	2
1.3 Justificación	3
1.4 Delimitación de área de estudio	4
1.5 Limitaciones de la investigación	4
1.6 Objetivos	4
1.6.1 General	4
1.6.2 Específicos	5
1.7 Propósito	5
CAPÍTULO II: MARCO TEÓRICO	6
2.1 Antecedentes bibliográficos	6
2.2 Bases teóricas	13
2.3 Marco Conceptual	19
2.4 Hipótesis	20
2.5 Variables	20
2.6 Definición operacional de términos	20

CAPÍTULO III: METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN	23
3.1. Diseño metodológico	23
3.1.1. Tipo de investigación	23
3.1.2. Nivel de investigación	23
3.2. Población y muestra	23
3.3. Técnicas e instrumentos de recolección de datos	25
3.4. Diseño de recolección de datos	25
3.5. Procesamiento y análisis de datos	26
3.6. Aspectos éticos	26
CAPÍTULO IV: ANÁLISIS DE LOS RESULTADOS	27
4.1 Resultados	27
4.2 Discusión	32
CAPÍTULO V: CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES	42
5.1 Conclusiones	42
5.2 Recomendaciones	42
BIBLIOGRAFÍA	43
ANEXOS	48

## LISTA DE TABLAS

<b>Tabla N° 1:</b>	Resumen de las características generales de las pacientes con depresión postparto	27
<b>Tabla N° 2:</b>	Características sociodemográficas de las pacientes con depresión postparto	28
<b>Tabla N° 3:</b>	Características obstétricas de las pacientes con depresión postparto	30
<b>Tabla N° 4:</b>	Nivel de depresión postparto	31

## **LISTA DE GRÁFICOS**

Gráfico N°1: Edad, estado civil y edad de inicio de relaciones sexuales	28
Gráfico N°2: Número de hijos, grado de instrucción	29
Gráfico N°3: Características obstétricas de las pacientes con depresión Postparto	30
Gráfico N°4: Nivel de Depresión Postparto	31

## LISTA DE ANEXOS

Anexo N°1: Operacionalización de variables	49
Anexo N°2: Instrumento (Ficha de recolección de datos)	50
Anexo N°3: Validez de instrumentos - Consulta de expertos	53
Anexo N°4: Matriz de Consistencia	56

# CAPÍTULO I: EL PROBLEMA

## 1.1 Planteamiento del problema

Los trastornos psiquiátricos son muy variados en nuestro medio y a nivel mundial, dentro de los cuales la depresión es el trastorno más común y el que afecta a la mayoría de personas, siendo más prevalente en las mujeres, siendo el doble en el sexo femenino que en el masculino con una superioridad de 14 y 21%. A nivel mundial la depresión en mujeres (entre las edades de 18 a 44 años) representa la causa más importante de incapacidad laboral y esta se da esencialmente durante el periodo reproductivo de la mujer y principalmente durante el embarazo ya que representa uno de los eventos que posiciona a las mujeres en una posición muy vulnerable debido a los cambios hormonales y contextuales los cuales tienen un rol causal en la depresión posparto o durante la gestación .<sup>1</sup>

Según las últimas valoraciones de la Organización Mundial de la Salud, más de trecientos millones de habitantes viven con depresión (más del 18% entre 2005 y 2015)<sup>2</sup>. En Latinoamérica, se ha informado valores de prevalencia son medios y altos en algunos países, como Chile 15,3%, Argentina 12,0%, Perú 11,0% y República Dominicana 9,8%. En Colombia, la depresión llega hasta un (66%) de las mujeres en etapa gestacional, por encima del 46,5 % de las mujeres gestantes en Brasil, en España 11% o 30,7% de la ciudad de México.<sup>3</sup>

La gestación es uno de los periodos que predispone a las mujeres a padecer diversas condiciones alteradas en cuanto a su salud se refiere tales como son depresión, la cual se considera una condición que representa una alta prevalencia durante el periodo de gestación y es muy frecuente en aquellas mujeres que no se encuentran gestando y aquellas sin tratamiento alguno. La gestación es un acontecimiento que involucra diversos cambios en los estilos de vida de la mujer, tanto en la relación con su pareja y con las personas que forman parte de su círculo.

Es considerada como una crisis cuando pone en riesgo la estabilidad emocional y la capacidad de adaptación a tales demandas. <sup>2</sup>

En el estudio realizado en el Hospital Nacional Hipólito Unanue Lima - Perú se determinó una prevalencia de depresión de 40.1% en mujeres gestantes. Se estableció que existen diversos factores de riesgo asociados a depresión gestacional entre los que encontramos: factores biológicos y psicosociales; dentro de los factores biológicos se asocian los antecedentes previos de cada mujer como; alteraciones del estado de ánimo, cuadros de ansiedad, antecedentes de enfermedad psiquiátrica personal o familiar, etc.<sup>4</sup>

## **1.2 Formulación del problema**

### **1.2.1 General**

- ¿Cuál es la frecuencia de la depresión postparto en gestantes que se atienden en el Hospital Nacional Hipólito Unanue durante el periodo enero – agosto 2018?

### **1.2.2 Específicos**

- ¿Cuáles son las características sociodemográficas de la depresión postparto en gestantes que se atienden en el Hospital Nacional Hipólito Unanue durante el periodo enero – agosto 2018?
- ¿Cuál es la distribución de las características obstétricas de la depresión postparto en gestantes que se atienden en el Hospital Nacional Hipólito Unanue durante el periodo enero – agosto 2018?
- ¿Cuál es el nivel de depresión postparto en gestantes que se atienden en el Hospital Nacional Hipólito Unanue durante el periodo enero – agosto 2018?

### 1.3 Justificación

- **Teórica:** Dentro de las características asociadas a la depresión postparto, es importante reconocer cómo es que éstas afectan a la psique de la puérpera. Además, ayudará a conocer cada una de las características asociadas al desarrollo de la depresión, tanto aquellas que afectan a la madre, el tipo de parto y las características del recién nacido, datos que se obtienen dentro de la historia clínica, además, la depresión postparto es una patología sub valorada en la actualidad y sería viable la realización de una actualización de los datos epidemiológicos asociadas a la depresión postparto
- **Práctica:** En la práctica médica diaria, las gestantes presentan diversas patologías previas; esto incluye tanto enfermedades somáticas como mentales; que en cierta forma condicionan el bienestar de la madre y el binomio madre-hijo. A su vez esto genera estrés en la madre y problemas a nivel psíquico; asociado al desbalance hormonal y mental propios del embarazo; que pueden terminar en la depresión postparto, además, se incluye que puede ser útil para estudios que tengan que ver con el desarrollo neuropsiquiátrico de las pacientes, y la predisposición al desarrollo de otras patologías del mismo ámbito.
- **Metodológica:** Nos permite tener como base para futuros estudios entre los cuales se puede evaluar la asociación de cada una de las características y su mecanismo en el que actúan en el desarrollo de la depresión. Además, de contar con la población y muestra suficientes para la obtención de datos relevantes, debido a que el número de gestantes en nuestro medio es alto y la facilidad de la aplicación del instrumento de recolección de datos.
- **Social:** La depresión postparto, es una patología muy antigua, sin embargo, en la actualidad ésta se ha dejado de lado debido a múltiples factores, generándose así un aumento en su prevalencia a causa del desconocimiento de los factores que se asocian al desarrollo de la misma; es por ésta razón, que ésta patología se ha vuelto un problema

de salud pública, la cual debe tomarse en cuenta dentro de los lineamientos de embarazo saludable, además, de que se puede investigar sobre las incidencias de cada uno de los factores epidemiológicos asociados y así incluirlas lo más rápido posible a la actividad diaria normal de la gestante.

#### **1.4 Delimitación de área de estudio**

El trabajo se desarrolló en el Hospital Nacional Hipólito Unanue, distrito del Agustino, ubicado en la Av. Cesar Vallejo 1390, durante el periodo enero-agosto del año 2018, con la participación de todas las pacientes con depresión postparto que se atendieron en éste nosocomio; debido a que en este periodo es el cual permitió la realización del presente estudio durante el año en curso.

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

Para la realización del presente trabajo de investigación se encontraron los siguientes problemas que podrían limitar el desarrollo de ésta investigación, los cuales se mencionan a continuación:

- Resultados obtenidos sólo válidos para poblaciones similares.
- Negativa por parte de los pacientes para brindar información solicitada.
- Población a evaluar no entiende lo que se le solicita.
- Poca cantidad de pacientes presentes durante la aplicación del instrumento de recolección de datos.
- Poca cantidad de pacientes con un diagnóstico de depresión postparto.

#### **1.6 Objetivos**

##### **1.6.1 General**

- Identificar la frecuencia de la depresión postparto en gestantes que se atienden en el Hospital Nacional Hipólito Unanue durante el periodo enero – agosto 2018.

### **1.6.2 Específicos**

- Determinar las características sociodemográficas de la depresión postparto en gestantes que se atienden en el Hospital Nacional Hipólito Unanue durante el periodo enero – agosto 2018.
- Mostrar la frecuencia de características obstétricas de la depresión postparto en gestantes que se atienden en el Hospital Nacional Hipólito Unanue durante el periodo enero – agosto 2018.
- Describir el nivel de depresión postparto en gestantes que se atienden en el Hospital Nacional Hipólito Unanue durante el periodo enero – agosto 2018.

### **1.7 Propósito**

La realización del presente trabajo de investigación se hizo con el fin de identificar la frecuencia de la depresión postparto que se presenta en las gestantes, con la finalidad de dejar un antecedente que nos permita la realización de estudios posteriores, además de describir las características de los pacientes con estos padecimientos.

## CAPÍTULO II: MARCO TEÓRICO

### 2.1 Antecedentes bibliográficos

- Bell, A. et al. (2015), tuvo por objetivo examinar la asociación entre la variación genética / epigenética en el gen OXTR (medido en sangre durante el embarazo) y PPD (definido como síntomas elevados de depresión 8 semanas después del nacimiento). Es un estudio de casos y controles anidado en el estudio longitudinal Avon de padres y niños e incluyó 269 casos con PPD y 276 controles emparejados por grupo de edad, paridad y presencia o ausencia de síntomas depresivos en el embarazo según la evaluación de la depresión postnatal de Edimburgo. Escala. La metilación de OXTR DNA (CpGsite-934) y el genotipo (rs53576 y rs2254298) se analizaron a partir de ADN extraído de la sangre recogida durante el embarazo. La regresión logística condicional se utilizó para estimar los odds ratios (OR) y los intervalos de confianza (IC) del 95% para la asociación de síntomas elevados de PPD con genotipo, metilación y su interacción ajustada por factores psicosociales (n = 500). Hubo evidencia de una interacción entre rs53576 y metilación en el gen OXTR entre mujeres que no tenían depresión prenatal, pero desarrollaron PPD (interacción = 0.026, ajustada para covariables, n = 257). Aquellas mujeres con genotipo mostraron 2.63 mayores probabilidades de PPD por cada aumento del 10% en el nivel de metilación (IC 95%: 1.37,5.03), mientras que la metilación no estaba relacionada con PPD entre los portadores "A" (OR = 1.00,95% CI: 0.58, 1.73). No hubo tal interacción entre las mujeres con PPD y depresión prenatal. Estos datos indican que la variación epigenética que disminuye la expresión de OXTR en un genotipo susceptible puede jugar un papel contribuyente en la etiología de la PPD.<sup>5</sup>

- Yazici, E. et al. (2015), tuvo por objetivo realizar Este estudio involucró a 78 mujeres diagnosticadas con depresión en el primer trimestre del embarazo. Todos los pacientes fueron diagnosticados usando la Entrevista Clínica Estructurada para los Trastornos del Eje I del DSM-IV (SCID-I) en el primer trimestre y todos fueron remitidos a un centro psiquiátrico para recibir tratamiento. De los 78, 73 fueron contactados después del parto y reevaluados por SCID-I. La anamnesis del tratamiento se evaluó retrospectivamente. Las mujeres se dividieron en dos grupos en la evaluación postparto según la anamnesis del tratamiento psiquiátrico. Veintiuno de los 73 (28.7%) habían recibido tratamiento durante el embarazo (grupo tratado). Cincuenta y dos mujeres no habían sido tratadas (grupo no tratado). En el grupo tratado, no se determinó depresión postparto (0%). En el grupo no tratado, el 92% (n = 48) de las mujeres tuvieron un trastorno depresivo después del parto (P, 0.01). Además, las puntuaciones con respecto a la depresión, la funcionalidad y el apoyo social percibido fueron peores después del parto para el grupo no tratado. La depresión no tratada durante el embarazo es un importante predictor de depresión postparto. Este estudio natural de seguimiento es importante porque presenta tasas muy llamativas de depresión postparto. La derivación de pacientes con depresión durante el embarazo para el tratamiento psiquiátrico debe ser proporcionada y se recomienda encarecidamente.<sup>6</sup>
- Gaillard, A. et al. (2014), tuvo por objetivo determinar la morbimortalidad materna, y además con efectos a nivel general del desarrollo emocional, cognitivo y conductual del producto. El objetivo de nuestro estudio fue identificar los factores de riesgo sociodemográficos, psicosociales y obstétricos de la depresión postparto en una muestra de la comunidad de clase media, utilizando un diseño prospectivo. Se registraron de manera consecutiva 312 pacientes gestantes de carácter ambulatorio. Se le evaluó durante las

semanas 32 y 41 de embarazo y luego a la semana sexta o octava luego del parto. Se les aplicó la escala de la Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS). Una puntuación de corte de 12/30 o superior se consideró como indicativo de depresión mayor. De la muestra inicial de 312 mujeres, 264 (84.6%) fueron seguidas entre 6 y 8 semanas después del parto y consideradas para el análisis. La depresión en el embarazo, el estado migratorio y el abuso físico de la pareja se asociaron independientemente con la depresión postparto cuando se consideraron juntos, mientras que las complicaciones físicas se asociaron significativamente con la depresión postparto solo cuando se ajustaba a la depresión prenatal. La depresión en la etapa del embarazo, los antecedentes de abuso físico, el estado migratorio y las complicaciones físicas postparto son factores de riesgo principales para la depresión postparto.<sup>7</sup>

- Borra, C. et al. (2015), tuvo por objetivo identificar el efecto causal de la lactancia materna en la depresión postparto (PPD), usando datos de madres de una encuesta británica, el estudio longitudinal Avon de padres e hijos. Se realizaron regresiones multivariadas lineales y logísticas para investigar los efectos de la lactancia materna en la salud mental de las madres, medida a las 8 semanas, 8, 21 y 32 meses después del parto. El efecto estimado de la lactancia materna sobre PPD difirió según si las mujeres habían planeado amamantar a sus bebés y si habían mostrado signos de depresión durante el embarazo. Para las madres que no estaban deprimidas durante el embarazo, el riesgo más bajo de PPD se encontró entre las mujeres que habían planeado amamantar y que realmente amamantaron a sus bebés, mientras que el mayor riesgo se encontró entre las mujeres que habían planeado amamantar y no habían continuado amamantar. Concluimos que el efecto de la lactancia materna sobre la depresión materna es extremadamente heterogéneo, y está mediado tanto por las intenciones de amamantar durante el embarazo como por la salud

mental de las madres durante el embarazo. Nuestros resultados subrayan la importancia de brindar apoyo experto en lactancia materna a las mujeres que desean amamantar; sino también, de proporcionar apoyo compasivo a las mujeres que tenían la intención de amamantar, pero que no pueden hacerlo.<sup>8</sup>

- Becker, M. et al. (2016), tuvo por objetivo describir a las características de la depresión como complicación común del embarazo y el período postparto. Existen múltiples factores de riesgo para los trastornos del estado de ánimo del periparto, el más importante de los cuales es una historia previa de depresión. Tanto la depresión como los antidepresivos confieren riesgos al bebé. La depresión materna se ha asociado con partos prematuros, bajo peso al nacer, restricción del crecimiento fetal y complicaciones cognitivas y emocionales posnatales. La exposición a los antidepresivos se ha asociado con el nacimiento prematuro, la reducción del peso al nacer, la hipertensión pulmonar persistente y el síndrome de adaptación posnatal (PNAS), así como una posible conexión con el trastorno del espectro autista. La paroxetina se ha asociado con malformaciones cardíacas. La mayoría de los medicamentos antidepresivos se excretan en niveles bajos en la leche materna y generalmente son compatibles con la lactancia materna. El uso de antidepresivos durante el embarazo y el postparto debe sopesarse contra el riesgo de depresión no tratada en la madre.<sup>9</sup>
- Atencia, S. (2015), tuvo por objetivo determinar los factores de riesgo para la depresión postparto en las madres adolescentes atendidas en el Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión durante el periodo de abril a junio del 2015. Se realizó un estudio observacional, analítico de casos y controles, prospectivo, transversal, donde la muestra estuvo conformada por participación 180 adolescente de las cuales 90 formaron parte del grupo de casos (pacientes con depresión) y 90 formaron parte del grupo de controles (pacientes sin depresión). Para su evaluación se utilizó a escala de Edimburgo, así como también una

encuesta en donde se consignaban los factores de riesgo a evaluar y determinar su asociación con la depresión. Entre los resultados se pudo identificar que los factores de riesgo que representan un riesgo para desarrollar depresión postparto son: tener alguna patología durante la gestación ( $p=0.025$ ; OR: 1.96), haber sido hospitalizada durante la gestación ( $p<0.001$ ; OR: 3.29), haber presentado algún tipo de complicación durante el parto ( $p<0.001$ ; OR: 8.08), parto por cesárea ( $p=0.005$ ; OR: 3.08), lactancia materna dificultosa ( $p=0.002$ ; OR: 2.60) que el neonato haya sido hospitalizado por presentar complicaciones ( $p<0.001$ ; OR: 13.69). De la misma manera, se identificaron una serie de factores de carácter social para el desarrollo de depresión post parto, entre ellas se identificó el hecho que la pareja no tenga estabilidad laboral o trabajo fijo ( $p<0.001$ ; OR: 7.82), el no contar con apoyo económico del cónyuge ( $p<0.001$ ; OR: 32.36) y el consumo de drogas o sustancias ilícitas ( $p=0.023$ ; OR: 5.24). Los autores concluyen mencionado que los principales factores asociados y que representan un riesgo para el desarrollo de la depresión post parto en madres de edad adolescente en este hospital de la ciudad de Lima son una relación inadecuada con la pareja, la carencia económica y la hospitalización del neonato <sup>10</sup>

- Tebeka, S. et al. (2016), tuvo por objetivo estimar la prevalencia y los factores determinantes de la depresión periparto. Los datos fueron extraídos de las 2 ondas del Estudio Nacional de Epidemiología del Alcohol y Condiciones Relacionadas (NESARC), una muestra representativa de la población de los Estados Unidos correspondiente a 34,653 participantes. Se incluyeron todas las mujeres embarazadas durante el año anterior a la segunda evaluación. La depresión periparto se evaluó según una entrevista semiestructurada en Wave 2. Los factores de riesgo que abarcan la vida durante la niñez hasta la etapa adulta, incluyendo el abuso sexual, los antecedentes familiares de depresión y el trastorno psiquiátrico fueron evaluados en la ola 1.

Evento vital estresante y factores obstétricos durante el período de 12 meses anterior a la segunda entrevista. En la muestra de 1085 participantes embarazadas en la ola 2, la prevalencia de la depresión periparto fue del 10,8%. Las mujeres con depresión periparto informaron tasas más altas de abuso sexual en la infancia (OR = 3.07), antecedentes familiares de depresión (OR = 3.27). Un historial de trastorno mental se asoció con una mayor tasa de depresión periparto (OR = 3,43) Cuatro trastornos se asociaron específicamente con una mayor tasa de depresión periparto, incluida la depresión (OR = 4,91), trastorno por consumo de sustancias (OR = 2,37), trastorno bipolar (OR = 2.39) e historial de intento de suicidio (OR = 3.79). La depresión periparto se asoció con un evento de vida estresante en el último año (OR = 3.03) y complicaciones durante el embarazo (OR = 2.10). Concluyendo que la depresión afecta a más de una de cada 10 mujeres durante el periparto. Los factores asociados con la depresión periparto son los antecedentes traumáticos, personales o familiares de trastorno mental, en un marco de tiempo que abarca la vida desde la infancia hasta la edad adulta.<sup>11</sup>

- Wright, N. et al (2015), tuvo por objetivo la relación entre los eventos negativos relacionados y la relación de pareja serían particularmente importantes y, por lo tanto, más predictivos de depresión que otros eventos. Una muestra comunitaria de 316 madres primerizas estratificadas por riesgo psicosocial completó entrevistas a las 32 semanas de gestación y 29 semanas después del parto para evaluar la ocurrencia fechada de acontecimientos de la vida y la depresión desde la concepción hasta las 29 semanas postparto. Los datos completos estaban disponibles a partir de 273 (86,4%). La regresión de riesgos proporcionales de Cox se utilizó para examinar el riesgo de aparición de depresión en los 6 meses posteriores a un evento de relación versus otros eventos, después de tener en cuenta el historial de depresión y otros posibles factores de confusión. Los resultados

fueron que 52 mujeres (19,0%) experimentaron un inicio de depresión entre la concepción y 6 meses después del parto. Ambos eventos de relación (Hazard Ratio = 2.1,  $p = .001$ ) y otros eventos de la vida (Hazard Ratio = 1.3,  $p = .020$ ) se asociaron con un mayor riesgo de aparición de la depresión; sin embargo, los eventos de relación mostraron un riesgo significativamente mayor de depresión que otros eventos de la vida ( $p = .044$ ). Los resultados son consistentes con la hipótesis de que los eventos destacados a nivel personal son más predictivos del inicio de la depresión que otros eventos. Además, indican la importancia clínica de los eventos relacionados con la relación de pareja durante el embarazo y el postparto.<sup>12</sup>

- Sacher, J. et al. (2015), tuvo por objetivo investigar si la monoamina oxidasa-A (MAO-A) VT, un índice de la densidad MAO-A aumenta en la corteza prefrontal y cingulada anterior (PFC y ACC), durante PPD o cuando existe un síntoma del espectro PPD, mayor predisposición al llanto. MAO-A es una enzima que aumenta en densidad después del declive de los estrógenos y tiene varias funciones que incluyen la creación de estrés oxidativo, la apoptosis y el metabolismo de las monoaminas. Cincuenta y siete mujeres fueron reclutadas, incluyendo 15 de primera aparición, antidepresivos sin experiencia, sujetos con PPD, 12 postparto sanos que lloran debido al estado de ánimo triste, 15 mujeres asintomáticas postparto sanas y 15 mujeres sanas no recientemente embarazadas. A cada uno se le realizó una tomografía por emisión de positrones con [11C] -harmina para medir MAO-A VT. Tanto el PPD como una mayor predisposición al llanto se asociaron con una mayor MAO-A VT en el PFC y ACC (análisis de varianza multivariante (MANOVA), efecto de grupo, en comparación con el postparto asintomático). El aumento de MAO-A VT en PFC y ACC representa un nuevo biomarcador en PPD y el síntoma PPD de predisposición al llanto. Pueden ser posibles nuevas estrategias para prevenir la PPD (y algunos síntomas de PPD) al evitar las condiciones

ambientales que elevan el nivel de MAO-A y mejoran las condiciones que normalizan el nivel de MAO-A. Estos hallazgos también abogan por ensayos clínicos en PPD con los antidepresivos inhibidores MAO-A más nuevos y bien tolerados<sup>13</sup>.

## **2.2 Bases teóricas**

### Características sociodemográficas en la depresión postparto

Un metanálisis de 59 estudios informó que la tasa de prevalencia promedio de PPD no psicótica fue del 13%. Una revisión sistemática de estudios realizados en países económicamente desarrollados, en los que se diagnosticó depresión mediante una entrevista clínica estructurada, mostró que la prevalencia de PPD mayor y menor oscilaba entre 6.5 y 12.9% durante los primeros 6 meses postparto, alcanzando su máximo a los 2 y 6 meses postparto. En una revisión de estudios de 40 países no occidentales, en la que la prevalencia de PPD varió de 0.5 a 60%, se mostraron diferentes tasas y un amplio rango de prevalencia de PPD.<sup>14</sup>

Los autores concluyeron que las diferencias en las tasas de prevalencia entre los países se asociaban principalmente con factores culturales. Los efectos del PPD son tanto inmediatos como a largo plazo, y afectan tanto a los recién nacidos como a su posterior cuidado de niños. Se ha demostrado que la depresión materna afecta el neurodesarrollo infantil a edades tan tempranas como 1 mes. Se describió un retardo de crecimiento significativamente más alto en diversos momentos. Las correlaciones encontradas entre el PPDS materno, el bajo peso del bebé, el desarrollo motor alterado, los problemas de desarrollo y las dificultades de aprendizaje fueron significativas.<sup>14</sup>

## Características obstétricas de la depresión postparto

Con respecto a los datos obstétricos, el retraso en la visita prenatal fue el único factor que aumentó el riesgo de PPD en el modelo final. En un estudio de casos y controles bien diseñado realizado por Josefsson Et Al.

Un mayor número de visitas prenatales fue el factor de riesgo PPD más significativo. Estos hallazgos revelaron que los problemas relacionados con la obstetricia pueden hacer que las mujeres se predispongan al PPD.

Sin embargo, las evidencias existentes son incompatibles y el tamaño del efecto de los estudios fue pequeño. En contraste con las literaturas actuales, nuestro estudio no mostró que las dificultades psicosociales durante el embarazo predigan significativamente la PPD. Aunque no es fácil dar una explicación de esto, es posible que casi todos tengan algún apoyo de otros en las culturas iraníes.<sup>14</sup>

La tasa de 19.4% de vulnerabilidad a la depresión entre las mujeres a las 8 semanas postparto indica una alta prevalencia de PPD entre la población iraní. Las mediciones de prevalencia son importantes para identificar los problemas de salud y la carga de la enfermedad, además de ser útiles para planificar la prestación de servicios de salud, los recursos humanos y de otro tipo, así como la evaluación del programa de atención médica.<sup>15</sup>

En este estudio prospectivo se evaluó una amplia gama de factores de riesgo PPD potenciales. El análisis multivariado reveló que el riesgo de PPD aumenta en los casos de factores psicológicos y ambientales combinados con factores demográficos. Por lo tanto, este grupo particular de madres deprimidas debe considerarse un grupo de alto riesgo que necesita atención especial.<sup>15</sup>

Pocos estudios han investigado los factores de riesgo prenatal para PPD en las poblaciones iraníes. El diseño prospectivo es una fortaleza importante del presente estudio. Esta investigación basada en la población ha analizado

varios factores de riesgo PPD en un gran tamaño de muestra utilizando instrumentos de evaluación validados. Aunque EPDS es una herramienta de detección, hubiera sido ideal confirmar a las madres con puntajes EPDS aumentados con el uso del Manual Diagnóstico y Estadístico de Trastornos Mentales, 4ª edición (DSM-IV) o la Entrevista Diagnóstica Schedule-III-Revised (DIS).<sup>16</sup>

La determinación de los factores de riesgo de PPD es importante para comprender los mecanismos en los que una madre puede deprimirse y puede ayudar a desarrollar intervenciones que den como resultado tratamientos eficientes y productivos.<sup>17</sup>

#### Depresión postparto

El período posnatal está bien establecido como un mayor tiempo de riesgo para el desarrollo de trastornos afectivos serios. Hay tres formas comunes de enfermedad postparto afectiva: el blues (melancolía, melancolía), la depresión postparto (o postnatal) y la psicosis puerperal (postparto o postnatal), cada una de las cuales difiere en su prevalencia, presentación clínica y manejo. La depresión postparto no psicótica es la complicación más común de la maternidad, que aproximadamente afecta al 10-15% de las mujeres y, como tal, representa un problema considerable de salud pública que afecta tanto a las mujeres como a su círculo familiar. Los efectos de la depresión, su relación matrimonial y con sus hijos la convierten en una condición importante para diagnosticar, tratar y prevenir.<sup>18</sup>

La depresión postparto no tratada puede tener efectos adversos a largo plazo. Para la madre, el episodio puede ser el precursor de la depresión recurrente crónica. Para sus hijos, la depresión continua de una madre puede contribuir a problemas emocionales, conductuales, cognitivos e interpersonales en la vida posterior.<sup>18</sup>

## Definición

La depresión postparto (PPD) es un término aplicado a los síntomas depresivos que ocurren durante el período postparto. La depresión postparto es un trastorno del estado de ánimo que puede afectar a las mujeres después del parto. Las madres con depresión postparto experimentan sentimientos de extrema ansiedad, agotamiento y tristeza que pueden dificultarles completar actividades de cuidado diario para ellos o para otros.<sup>19</sup>

El Manual Diagnóstico y Estadístico de Trastornos Mentales en su quinta edición (DSM-V) tuvo como novedad la inclusión del trastorno depresivo mayor en el periparto, en él se considera el desarrollo durante el proceso del embarazo o en las cuatro primeras semanas posteriores al parto. Igualmente, que el anterior DSM, se mantuvieron el mismo criterio de tiempo, generando así cuestionamientos, que en cuanto a características clínicas y en el área investigativa, este periodo de riesgo se puede ampliar hasta tres meses posteriores al parto.<sup>19</sup>

## Epidemiología

La depresión postparto (PPD) afecta al 10-15% de las nuevas madres, pero muchos casos de PPD permanecen sin diagnosticar. El término "depresión postparto" abarca varios trastornos del estado de ánimo que siguen al parto y se discuten en este artículo. Desarrollos importantes en el estudio de PPD incluyen su asociación con síntomas de ansiedad y trastornos bipolares además de los de depresión.<sup>20, 21</sup>

La depresión postparto (PPD) abarca varios trastornos del estado de ánimo que siguen al parto. La depresión postparto (PPD) afecta al 10-15% de todas las nuevas madres, pero puede llegar al 35% en ciertos grupos demográficos. Un estudio encontró que 19.2% de nuevas madres fueron diagnosticadas con depresión menor o mayor dentro de los primeros tres meses postparto, 7.1% específicamente con depresión mayor.<sup>20, 21</sup>

En otro estudio de 214 mujeres, 86 reportaron altos niveles de síntomas depresivos (40.2%), pero solo 25 (11.7%) fueron realmente diagnosticados como depresivos. Otra encuesta reveló que un tercio de las mujeres con un puntaje depresivo a los ocho meses después del parto todavía estaban deprimidas 12-18 meses después, pero solo el 15% buscó ayuda o fueron derivadas a un profesional de la salud mental. <sup>22, 23</sup>

El PPD está infra diagnosticado y sigue siendo la complicación más común del parto y el trastorno psiquiátrico perinatal más común, con las mujeres en mayor riesgo durante su primer año postparto (45-65% de las mujeres con depresión constante). Muchos casos de PPD pueden permanecer sin diagnosticar debido a restricciones tales como el tiempo y las preocupaciones sobre la aceptabilidad social del cribado. Pero la mayoría de los casos no diagnosticados probablemente se deben al estigma social de ser etiquetada como una "madre infeliz", sin mencionar la imagen pública de PPD. Tras el examen formal, muchas mujeres que puntúan en un rango depresivo admiten totalmente estar deprimidas, entendiendo que sus síntomas no son ni menores ni transitorios. Pero rechazan el término "depresión postparto" porque esto implica para ellos que sus sentimientos son causados por sus bebés. <sup>23, 24</sup>

Para estas mujeres, es el estigma del PPD lo que causa vergüenza, miedo, vergüenza y culpa. <sup>24</sup>

Según estudios previos, PPD es la complicación más común de la maternidad. Los patrones de síntomas en mujeres con PPD son similares a los observados en mujeres con depresión no relacionada con el parto. Una madre deprimida puede no desarrollar una relación positiva y satisfactoria con su bebé para compensar el estrés del cuidado del recién nacido y la recuperación postparto, y esto puede continuar afectando a los niños hasta la edad preescolar y más allá. Debido al potencial de estas graves consecuencias, las madres en riesgo de desarrollar PPD deben ser identificadas temprano, preferiblemente durante

el embarazo, o como muy tarde inmediatamente después del parto. El nivel preciso de incidencia de PPD es incierto. La tasa informada oscila entre el 10 y el 22% de las mujeres y parece depender del método de evaluación utilizado, el momento de la evaluación y las características culturales de la población. Se han identificado muchos factores de riesgo para la enfermedad y es particularmente tentador atribuirlo al declive hormonal.<sup>24</sup>

Varios otros factores, sin embargo, también pueden predisponer a las mujeres a esta condición. Estudios previos han informado depresión no premenstrual previa, disforia premenstrual previa, eventos estresantes durante el embarazo o puerperio temprano, apoyo social deficiente, conflicto conyugal y violencia, bajos niveles de apoyo de pareja, trastornos de la personalidad, bajos ingresos, estatus de inmigrante, enfermedad materna joven, edad, estresores obstétricos y temperamento infantil difícil como predictores de PPD. La evidencia es mixta para algunos factores, como el embarazo no deseado y el sexo del recién nacido. La probabilidad de PPD no parece estar relacionada con el nivel educativo de la mujer, independientemente de si amamanta o no, o el modo de parto. Hasta ahora, se han publicado cuatro grandes estudios sobre la prevalencia de PPD en Turquía. Estos estudios encontraron que la tasa de PPD entre 14% y 40.4%. Cada uno de estos cuatro estudios epidemiológicos se basó en muestras de un lugar específico, lo que les dio algunas limitaciones.<sup>25</sup>

La diferencia entre las tasas en diferentes estudios puede estar relacionada con las muestras y los métodos utilizados. Los turcos muestran características culturales occidentales y orientales según la ubicación geográfica, por lo que la ubicación de un estudio en Turquía puede afectar las tasas de PPD identificadas. Estudios previos encontraron que el PPD era más prevalente en la parte oriental de Turquía. Ankara es la capital y la segunda ciudad más grande de Turquía, con una población de casi 5 millones en 2015. Su población muestra una buena mezcla de características psicosociales típicas. Esta investigación se llevó a cabo en el hospital obstétrico más grande de

Ankara, con casi 30,000 partos por año. Actúa como un centro de derivación terciario para pacientes tanto de Ankara como de toda Turquía, y, por lo tanto, algunos de sus pacientes son en parte para ser representativos de las diferentes partes geográficas del país. Hasta donde sabemos, este es el primer estudio que se ha llevado a cabo en un hospital terciario de obstetricia y ginecología en Turquía. Los factores de riesgo evaluados incluyeron las características sociodemográficas y clínicas de los sujetos, como nivel de depresión prenatal, antecedentes prenatales y postnatales de abuso físico o exposición a violencia intrafamiliar, género del recién nacido, experiencia del embarazo, si el embarazo fue planeado o no planeados, y antecedentes psiquiátricos previos de los sujetos y sus familias.<sup>26, 27</sup>

Éste trabajo de investigación expuesto que ha sido desarrollado y estructurado es de mi autoría, con ayuda de mis asesores metodológicos, quienes permitieron la aprobación. Asimismo, en todo momento se mantuvo la veracidad, honestidad y respeto de los participantes y de los datos obtenidos; motivo por el cual no se presentan conflictos éticos.

### **2.3 Marco Conceptual**

El diagnóstico de las depresiones perinatales y postparto (PPD) es clave para tratar la dolencia. Sin embargo, el PPD permanece altamente infradiagnosticado en los Estados Unidos. Un estudio señala la falta de médicos y proveedores de atención médica que conozcan y utilicen una herramienta de detección universal. Incluso cuando los médicos saben sobre las buenas herramientas de detección, pueden ser reacios a usarlas por temor a que consuman demasiado tiempo y sean costosas.

Además, los proveedores de atención médica podrían no estar seguros de cómo proceder con el tratamiento para las mujeres cuyos puntajes en las pruebas muestran que tienen mayores posibilidades de desarrollar PPD (incluidas las preocupaciones sobre los medicamentos para las mujeres que amamantan).

## **2.4 Hipótesis**

El presente estudio, al ser de tipo descriptivo no amerita el planteamiento de una hipótesis

## **2.5 Variables**

### **DEPRESIÓN POSTPARTO**

#### **Características sociodemográficas**

- Edad
- Estado civil
- Edad de inicio de relaciones sexuales
- Número de hijos
- Grado de instrucción

#### **Características obstétricas**

- Paridad
- Anemia
- Embarazo planeado

#### **Nivel de Depresión postparto**

- Leve
- Moderado
- Severo

## **2.6 Definición operacional de términos**

**Edad:** Tiempo de vida cuantificado desde el nacimiento hasta la actualidad contabilizado en años.

- < 25 años
- ≥ 25 años

**Estado civil:** Condición de una persona según el registro civil.

- Soltera
- Conviviente
- Casada

**Edad de inicio de relaciones sexuales:** Edad en la que tuvo su primera relación sexual.

- < 18 años
- ≥ 18 años

**Número de hijos:** Cantidad de hijos nacidos vivos.

- 1
- ≥ 2

**Grado de instrucción:** Grado de instrucción máximo alcanzado por el paciente.

- Primaria incompleta
- Primaria completa
- Secundaria incompleta
- Secundaria completa
- Técnico Superior
- Superior universitaria

**Paridad:** Número de gestaciones previas.

- Primigesta
- Multigesta

**Anemia:** Nivel de hemoglobina por debajo de 11 mg/dl.

- Si
- No

**Embarazo planeado:** Embarazo que se da mediante una planificación previa de la pareja.

- Si
- No

**Depresión postparto:** Diagnóstico de depresión dentro de las primeras 4 semanas postparto.

- Leve
- Moderada
- Severa

## **CAPÍTULO III: METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN**

### **3.1. Diseño metodológico**

#### **3.1.1. Tipo de investigación**

- a) Según la profundidad u objetivo. - Es una investigación de tipo descriptivo, debido a la descripción del comportamiento de los variables.
- b) Según la participación del investigador. - Es una investigación de tipo observacional, ya que a que el investigador no intervino en la modificación o manipulación de las variables a estudiar.
- c) Según la dimensión temporal. - Es una investigación de tipo prospectivo, en donde se recolectaron los datos en base a una encuesta.

#### **3.1.2. Nivel de investigación**

El presente estudio es una investigación de tipo cuantitativa, en donde se cuantificó cada uno resultado obtenido.

### **3.2. Población y muestra**

La población a tomar en cuenta fueron todas aquellas pacientes mujeres atendidas el Hospital Nacional Hipólito Unanue que cumplían con los siguientes criterios.

Criterios de inclusión

- ✓ Mujeres que se atendieron en el Hospital Nacional Hipólito Unanue
- ✓ Mujeres puérperas
- ✓ Mujeres que deseen participar en el estudio

### Criterios de exclusión

- ✓ Puérperas con algún trastorno psiquiátrico previo
- ✓ Puérperas con una depresión previa al embarazo.

Para la realización del presente estudio según datos de informática del Hospital Nacional Hipólito Unanue, se reportó que en el último año (Enero-Agosto 2018) existieron 150 casos de depresión postparto, que para nuestro caso sería la población total, sin embargo por fórmula de muestreo se trabajó con 108 pacientes. Así que se tomó una muestra significativa de 108 pacientes.

La fórmula utilizada es la siguiente para muestras aleatorias simples:

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

$$n = \frac{150 \times 1.96^2 \times 0.5 \times 0.5}{0.05^2 \times (150 - 1) + 1.96^2 \times 0.5 \times 0.5} = \frac{144}{1.3329} = 108$$

Dónde:

n = tamaño de muestra = 108

N= Población o universo = 150

Z= Nivel de confianza = 95% = 1.96

p= probabilidad a favor = 0.5

q= Probabilidad en contra = 0.5

E= error muestra = 0.05

### **3.3. Técnicas e instrumentos de recolección de datos**

Se utilizó la técnica e instrumento de recolección de datos que ha sido diseñado y que contiene todas las variables del estudio (Anexo 01) que se llevó a cabo durante enero a agosto del año 2018 en el Hospital Nacional Hipólito Unanue; que por conveniencia del autor se decide usar un periodo de tiempo de 8 meses, además se utilizó la escala de Edimburgo para la determinación de la depresión postparto, el cual consiste en 10 preguntas que tiene cuatro respuestas posibles que evalúa el sentir de la madre durante la última semana. 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. No obstante, no se le debe dar más importancia a los resultados de la EPDS que al juicio clínico. Se debe realizar una evaluación clínica prudente para confirmar el diagnóstico.

A las categorías de las respuestas se les dan puntos de 0, 1, 2 y 3 según el aumento de la gravedad del síntoma. Los puntos para las preguntas 3, 5, 6, 7, 8, 9, 10 se anotan en orden inverso (por ejemplo, 3, 2, 1, 0) Se suman todos los puntos para dar la puntuación total. Una puntuación de 10+ muestra la probabilidad de una depresión, pero no su gravedad. Cualquier número que se escoja que no sea el "0" para la pregunta número 10, significa que es necesario hacer evaluaciones adicionales inmediatamente.

### **3.4. Diseño de recolección de datos**

La hoja de recolección de datos está compuesta por 10 preguntas que se han distribuido en tres dimensiones que son, los factores sociodemográficos, características obstétricas y el nivel de depresión postparto. En el primer caso se compuso de 5 preguntas, de las cuales 3 preguntas son de opción múltiple, mientras que 2 son preguntas abiertas; en caso de las características obstétricas está constituido por 4 preguntas

dicotómicas. Esta hoja de recolección de datos fue validada por juicio de expertos.

Para determinar el grado de depresión postparto, se utilizó una escala ya validada que es la escala de Edimburgo, el cual tiene una confiabilidad de 92% publicado en el Journal Británico De Psiquiatría (Junio,1987); que después de aplicado se clasifica en tres grados.

### **3.5. Procesamiento y análisis de datos**

Los datos obtenidos se presentaron en gráficos y tablas en los cuales se mostraron como resultados del presente trabajo. Para las variables cuantitativas (edad y edad de inicio de relaciones sexuales) se utilizaron los datos estadísticos descriptivos de medidas de tendencia central (media, mediana) y medidas de dispersión (desviación estándar) que fueron evaluados de forma cualitativa. Mientras para las variables cualitativas se utilizó sólo estadísticos descriptivos de tendencia central.

La información de la ficha de Procesamiento de datos se registró en la hoja de Excel, seguido en el documento Excel se exportó al paquete estadístico SPSS versión 23, en donde posteriormente se analizó.

### **3.6. Aspectos éticos**

El trabajo de investigación propuesto ha sido desarrollado y estructurado es de mi autoría, además con ayuda de los asesores metodológicos, quienes permitieron la aprobación del presente proyecto de investigación de tesis. Asimismo, en todo momento se mantuvo la veracidad, honestidad y respeto de los participantes y de los datos obtenidos; motivo por el cual no se presentan conflictos éticos.

## CAPÍTULO IV: ANÁLISIS DE LOS RESULTADOS

### 4.1 Resultados

TABLA N°1: Resumen de las características generales de las pacientes con depresión postparto.

FRECUENCIA DE DEPRESIÓN POSPARTO	Número de pacientes con depresión postparto/ Total de embarazos = $150/1830 \times 100 = 8.2\%$
	PROMEDIO
EDAD	$23.4 \pm 5.3$
EDAD DE INICIO DE RELACIONES SEXUALES	$17.7 \pm 2.1$

*Fuente: Elaboración propia*

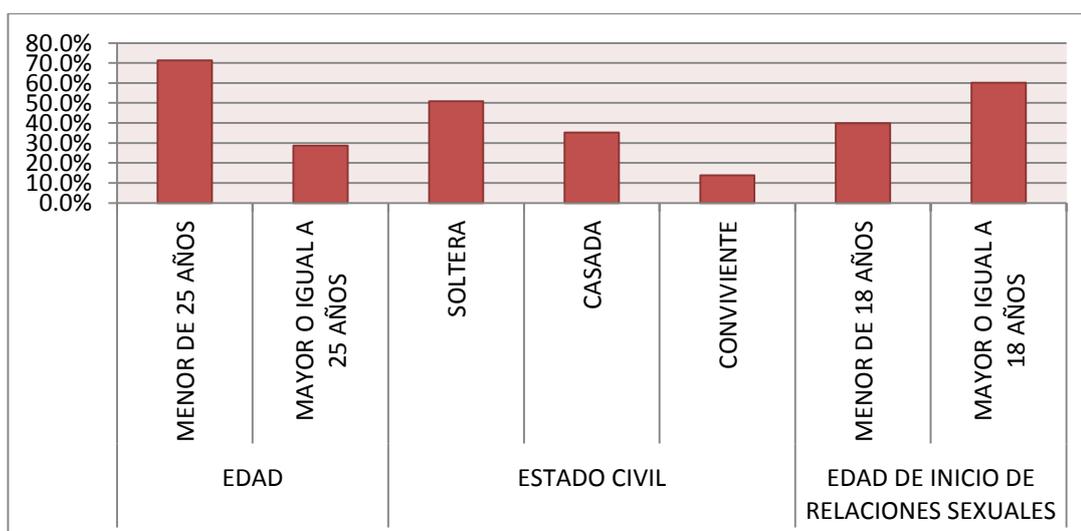
**Interpretación:** Las características generales de las pacientes que sufren de depresión postparto, se encontro que el 8.2% de las gestantes padecen de depresión postparto, además, tienen en promedio una edad de 23.4 años con una desviacion estandar  $\pm$  de 5.3 años, es decir, que la edad oscila entre los 18 y 28 años de edad. Asimismo, la edad de inicio de relaciones sexuales entre las pacientes incluidas en el estudio es de 17.7 años con una desviacion estandar de  $\pm$  2.1 años, en otras palabras oscila entre los 15 y 19 años de edad.

TABLA N°2: Características sociodemográficas de las pacientes con depresión postparto.

		N	%
EDAD	MENOR DE 25 AÑOS	77	71.3%
	MAYOR O IGUAL A 25 AÑOS	31	28.7%
ESTADO CIVIL	SOLTERA	55	50.9%
	CASADA	38	35.2%
	CONVIVIENTE	15	13.9%
EDAD DE INICIO DE RELACIONES SEXUALES	MENOR DE 18 AÑOS	43	39.8%
	MAYOR O IGUAL A 18 AÑOS	65	60.2%
NÚMERO DE HIJOS	UN HIJO	67	62.0%
	DOS O MÁS HIJOS	41	38.0%
GRADO DE INSTRUCCION	PRIMARIA INCOMPLETA	0	0.0%
	PRIMARIA COMPLETA	6	5.6%
	SECUNDARIA INCOMPLETA	40	37.0%
	SECUNDARIA COMPLETA	40	37.0%
	TECNICO SUPERIOR	17	15.7%
	SUPERIOR UNIVERSITARIO	5	4.6%

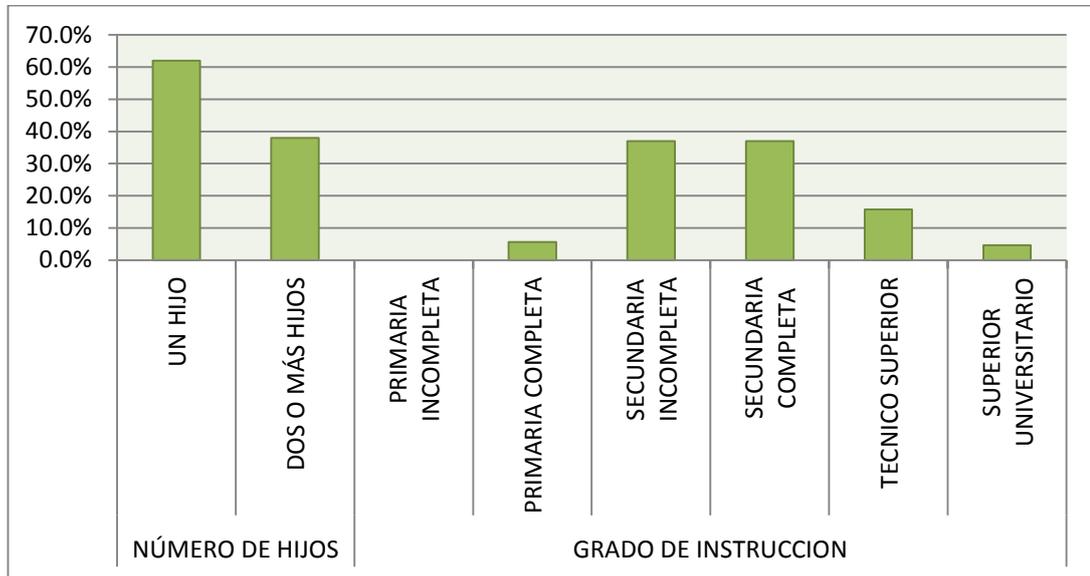
Fuente: Elaboración propia

GRÁFICO N° 1: Edad, estado civil y edad de inicio de relaciones sexuales.



Fuente: Elaboración propia

GRÁFICO N°2: Número de hijos y grado de instrucción.



**Fuente:** Elaboración propia

**Interpretación:** En la tabla N°2, gráfico N°1 y gráfico N°2 observamos que dentro de las características sociodemográficas del presente estudio, se evaluaron 5 datos importantes, dentro de los cuales está primero la edad que se subdividió en 2 grupos, de los cuales el 71% de las pacientes tenían por edad menor a los 25 años, en cuanto al estado civil de los pacientes incluidos dentro del estudio, el 51% de los paciente con depresión postparto son solteras; seguido por un 35% que están casadas y el 14% restante es conviviente, además, la edad de inicio de relaciones sexuales se dio en un 60% a una edad mayor a los 18 años de edad.

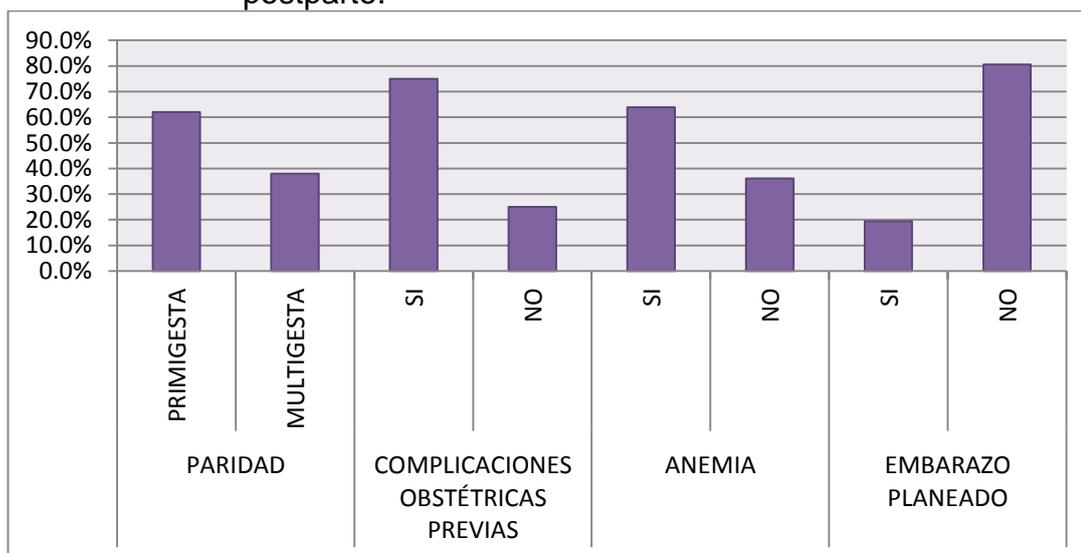
En cuanto al número de hijos un 62% sólo tienen un hijo frente a un 38% tienen de dos a más hijos y por último en el grado de instrucción, el 37% ha culminado la secundaria de manera satisfactoria de igual porcentaje se obtuvo para aquellas que no la culminaron, seguido por un 16% que lograron un grado de técnico superior.

TABLA N°3: Características obstétricas de las pacientes con depresión postparto.

		N	%
PARIDAD	PRIMIGESTA	67	62.0%
	MULTIGESTA	41	38.0%
COMPLICACIONES OBSTÉTRICAS PREVIAS	SI	81	75.0%
	NO	27	25.0%
ANEMIA	SI	69	63.9%
	NO	39	36.1%
EMBARAZO PLANEADO	SI	21	19.4%
	NO	87	80.6%

Fuente: Elaboración propia

GRÁFICO N°3: Características obstétricas de las pacientes con depresión postparto.



Fuente: Elaboración propia

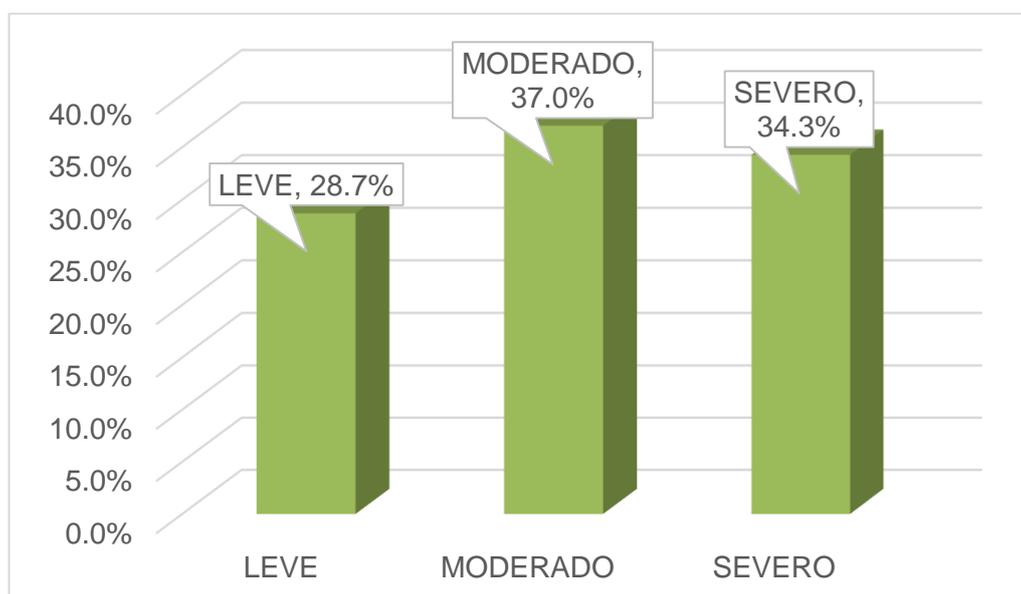
**Interpretación:** Las características obstétricas de las pacientes con depresión postparto se consideraron 4 ámbitos de los cuales en cuanto a la paridad, el 62% de los casos eran primigestas y un 38% multigestas siendo éstas consideradas de dos gestaciones a más; otro ámbito fueron las complicaciones obstétricas previas, la cual se presentó en el 75% de las pacientes incluidas. En cuanto a la anemia, se presentó en el 64% y el 81% refiere no haber planeado su embarazo.

TABLA N°4: Nivel de depresión postparto.

*Fuente: Elaboración propia*

	N	%	
NIVEL DE DEPRESIÓN POSTPARTO	LEVE	31	28.7%
	MODERADO	40	37.0%
	SEVERO	37	34.3%

GRÁFICO N°4: Nivel de depresión postparto.



*Fuente: Elaboración propia*

**Interpretación:** En la tabla y gráfico N°4 el nivel de depresión postparto se subdividió en tres niveles los cuales eran leve, moderado y severo; dentro de los cuales el primero se presentó en el 29% de los casos; mientras que el moderado se presentó en un 37%, y por último, el severo se presentó en un 34%.

## 4.2 Discusión

El período posnatal está bien establecido como un mayor tiempo de riesgo para el desarrollo de trastornos afectivos serios. Hay tres formas comunes de enfermedad postparto afectiva: el blues (melancolía, melancolía), la depresión postparto (o postnatal) y la psicosis puerperal (postparto o postnatal), cada una de las cuales difiere en su prevalencia, presentación clínica y manejo. La depresión postparto no psicótica es la complicación más común de la maternidad, que aproximadamente afecta al 10-15% de las mujeres y, como tal, representa un problema considerable de salud pública que afecta tanto a las mujeres como a su círculo familiar. Los efectos de la depresión, su relación matrimonial y con sus hijos la convierten en una condición importante para diagnosticar, tratar y prevenir.

La depresión viene a ser una patología bastante común entre las mujeres, además de ser considerada una patología psiquiátrica considerada dentro del DSM-IV, además, a pesar de que el género femenino es el que más se ve afectado, se debe tener en cuenta que el nivel emocional de las féminas se afectan más aún durante el embarazo debido al desbalance hormonal que esta condición presenta. Aunado a esto, se da el hecho de que la depresión se da en la mayoría de los casos posteriores al parto; siendo una condición aún más preocupante que aquella que se presenta en las mujeres que no están gestando. Siendo la frecuencia en la que se presenta en nuestro medio de 8.2%, es decir, aproximadamente 8 puerperas la padecen por cada cien.

La depresión postparto (PPD) afecta al 10-15% de las nuevas madres, pero muchos casos de PPD permanecen sin diagnosticar. El término "depresión postparto" abarca varios trastornos del estado de ánimo que siguen al parto y se discuten en este artículo. Desarrollos importantes en el estudio de PPD incluyen su asociación con síntomas de ansiedad y trastornos bipolares además de los de depresión.

La depresión postparto (PPD) abarca varios trastornos del estado de ánimo que siguen al parto. La depresión postparto (PPD) afecta al 10-15% de todas las nuevas madres, pero puede llegar al 35% en ciertos grupos demográficos. Un estudio encontró que 19.2% de nuevas madres fueron diagnosticadas con depresión mayor o menor dentro de los primeros tres meses después del parto, 7.1% específicamente con depresión mayor

Se ha demostrado que la depresión materna afecta el neurodesarrollo infantil a edades tan tempranas como 1 mes. Se describió un retardo de crecimiento significativamente más alto en diversos momentos. Las correlaciones encontradas entre el PPDS materno, el bajo peso del bebé, el desarrollo motor alterado, los problemas de desarrollo y las dificultades de aprendizaje fueron significativas.

Asimismo, la implicancia que tiene la depresión postparto en la gestante es de vital importancia, debido a que esta condición puede dañar al recién nacido debido a que es quien al estar en contacto directo con la madre tiende a absorber o se transmiten todos los sentimientos y culpabilidades que tiene la madre; generando así un problema mayor en los recién nacidos cuando se van desarrollando.

Yazici<sup>6</sup>, incluyó a todos los pacientes que fueron diagnosticados usando la Entrevista Clínica Estructurada para los Trastornos del Eje I del DSM-IV (SCID-I) en el primer trimestre y todos fueron remitidos a un centro psiquiátrico para recibir tratamiento. De los 78, 73 fueron contactados después del parto y reevaluados por SCID-I. La anamnesis del tratamiento se evaluó retrospectivamente. Las mujeres se dividieron en dos grupos en la evaluación postparto según la anamnesis del tratamiento psiquiátrico. Veintiuno de los 73 (28.7%) habían recibido tratamiento durante el embarazo (grupo tratado). Cincuenta y dos mujeres no habían sido tratadas (grupo no tratado). En el grupo tratado, no se determinó depresión postparto (0%). En el grupo no tratado, el 92% (n = 48) de las mujeres tuvieron un trastorno depresivo

después del parto ( $P, 0.01$ ). Además, las puntuaciones con respecto a la depresión, la funcionalidad y el apoyo social percibido fueron peores después del parto para el grupo no tratado. La depresión no tratada durante el embarazo es un importante predictor de depresión postparto. Este estudio natural de seguimiento es importante porque presenta tasas muy llamativas de depresión postparto. La derivación de pacientes con depresión durante el embarazo para el tratamiento psiquiátrico debe ser proporcionada y se recomienda encarecidamente.

En nuestro estudio el promedio de edad de la féminas que cursaron con depresión postparto es de 23.4 años de edad, siendo una edad muy joven, además, el inicio de la actividad sexual en el medio evaluado es de 17.7 años; además de tener en cuenta que las feminas más afectadas están clasificadas dentro de jóvenes. Sin embargo, la patología se presentó posteriores al parto; dato que difiere a lo obtenido a Wright<sup>12</sup>, que dentro de la población que evaluó el 19% presentó inicio de depresión entre la concepción y los 6 meses posteriores al parto.

Con respecto a los datos obstétricos, el retraso en la visita prenatal fue el único factor que aumentó el riesgo de PPD en el modelo final. La tasa de 19.4% de vulnerabilidad a la depresión entre las mujeres a las 8 semanas postparto indica una alta prevalencia de PPD entre la población iraní. Las mediciones de prevalencia son importantes para identificar los problemas de salud y la carga de la enfermedad, además de ser útiles para planificar la prestación de servicios de salud, los recursos humanos y de otro tipo, así como la evaluación del programa de atención médica.

El PPD está infra diagnosticado y sigue siendo la complicación más común del parto y el trastorno psiquiátrico perinatal más común, con las mujeres en mayor riesgo durante su primer año postparto (45-65% de las mujeres con depresión constante). Muchos casos de PPD pueden permanecer sin diagnosticar debido a restricciones tales como el tiempo y las

preocupaciones sobre la aceptabilidad social del cribado. Pero la mayoría de los casos no diagnosticados probablemente se deben al estigma social de ser etiquetada como una "madre infeliz", sin mencionar la imagen pública de PPD. Tras el examen formal, muchas mujeres que puntúan en un rango depresivo admiten totalmente estar deprimidas, entendiendo que sus síntomas no son ni menores ni transitorios. Pero rechazan el término "depresión postparto" porque esto implica para ellos que sus sentimientos son causados por sus bebés.

Dentro de las características evaluadas en las pacientes con depresión postparto se desglosan dos: la primera son las características sociodemográficas y en segunda instancia las características obstétricas. Dentro de las características sociodemográficas, el grupo etario que más ha sido afecto fueron aquellos que tenían una edad menor a los 25 años, y en cuanto al inicio de las relaciones sexuales, más del 50% tuvo su primera relación sexual pasado los 18 años de edad. Asimismo, el estado civil en un 51% era solteras, seguidas por un 35% que eran casadas; por último, dentro del grado de instrucción, el 37% refirió haber culminado la educación secundaria, sin embargo el mismo porcentaje refirió haberlo cursado pero no culminado. Para Gaillard<sup>7</sup>, el nivel de instrucción esta asociado al historial de abuso físico y por tanto lo considera como un riesgo principal para el desarrollo de la patología psiquiátrica.

Asimismo, Gaillard<sup>7</sup>, Registramos consecutivamente 312 pacientes ambulatorios en estado de gestación en una sola unidad de maternidad. La primera evaluación se realizó entre las semanas 32 y 41 de embarazo, y una segunda vez entre las 6 y 8 semanas postparto. Los síntomas depresivos se midieron usando la versión francesa de la Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS). Una puntuación de corte de 12/30 o superior se consideró como indicativo de depresión mayor. De la muestra inicial de 312 mujeres, 264 (84.6%) fueron seguidas entre 6 y 8 semanas después del parto y consideradas para el análisis. La depresión durante el embarazo, el estado

migratorio y el abuso físico de la pareja se asociaron independientemente con la depresión postparto cuando se consideraron juntos, mientras que las complicaciones físicas se asociaron significativamente con la depresión postparto solo cuando se ajustaba a la depresión prenatal. La depresión durante la gestación, el historial de abuso físico, el estado migratorio y las complicaciones físicas postparto son factores de riesgo principales para la depresión postparto.

El segundo punto que se evaluó fueron las características obstétricas, de los cuales el 62% era multigesta (considerando a aquella fémina con 2 embarazos o más), además, el 75% de las pacientes refirió haber tenido una complicación obstétrica previo (prematuridad, abortos o cesárea). Asimismo, se consideró a la anemia la cual se presentó en el 63.9%, y, por último, el 63.9% refirió no haber planeado su embarazo. Para Barro<sup>8</sup>, halló datos con referencia al amamantamiento, en el que halló que el amamantamiento tiende a reducir la prevalencia de la depresión postparto; sin embargo, Becker<sup>9</sup>, encontró resultados similares a los nuestros en cuanto a las complicaciones obstétricas como la prematuridad, la restricción del crecimiento fetal, además de complicaciones cognitivas y emocionales posnatales. En caso de Atencia<sup>10</sup>, halló que los factores obstétricos más importantes con las enfermedades que se presentan durante el embarazo, la hospitalización durante la gestación, además de las complicaciones durante el parto y más aún si el parto se da por cesárea.

Sin embargo, Barro<sup>8</sup>, dentro de su estudio realizaron regresiones multivariadas lineales y logísticas para investigar los efectos de la lactancia materna en la salud mental de las madres, medida a las 8 semanas, 8, 21 y 32 meses después del parto. El efecto estimado de la lactancia materna sobre PPD difirió según si las mujeres habían planeado amamantar a sus bebés y si habían mostrado signos de depresión durante el embarazo. Para las madres que no estaban deprimidas durante el embarazo, el riesgo más bajo de PPD se encontró entre las mujeres que habían planeado amamantar y que

realmente amamantaron a sus bebés, mientras que el mayor riesgo se encontró entre las mujeres que habían planeado amamantar y no habían continuado amamantar. Concluimos que el efecto de la lactancia materna sobre la depresión materna es extremadamente heterogéneo, y está mediado tanto por las intenciones de amamantar durante el embarazo como por la salud mental de las madres durante el embarazo. Nuestros resultados subrayan la importancia de brindar apoyo experto en lactancia materna a las mujeres que desean amamantar; sino también, de proporcionar apoyo compasivo a las mujeres que tenían la intención de amamantar, pero que no pueden hacerlo.

Por último, el nivel de depresión postparto se evaluó en 3 grados, de los cuales el 37% presentó un nivel moderado, seguido por un 34.3% que presentó un nivel severo. Sin embargo, para Yazici<sup>6</sup>, realizó un estudio en el que se realizó tratamiento para depresión durante el embarazo en dos grupos, de los cuales aquellas que no tuvieron tratamiento para depresión durante el parto, el 92% padeció de depresión después del parto, aunado a eso, refirió que el grado de depresión fue aún mayor. Asimismo, Tebeka<sup>11</sup>, reportó una prevalencia de depresión periparto del 10.8%, siendo mayor aun en aquellas que tuvieron antecedentes familiares de depresión y complicaciones durante el embarazo.

Varios otros factores, sin embargo, también pueden predisponer a las mujeres a esta condición. Estudios previos han informado depresión no prepuccial previa, disforia premenstrual previa, eventos estresantes durante el embarazo o puerperio temprano, apoyo social deficiente, conflicto conyugal y violencia, bajos niveles de apoyo de pareja, trastornos de la personalidad, bajos ingresos, estatus de inmigrante, enfermedad materna joven, edad, estresores obstétricos y temperamento infantil difícil como predictores de PPD. La evidencia es mixta para algunos factores, como el embarazo no deseado y el sexo del recién nacido. La probabilidad de PPD no parece estar relacionada con el nivel educativo de la mujer, independientemente de si

amamanta o no, o el modo de parto. Hasta ahora, se han publicado cuatro grandes estudios sobre la prevalencia de PPD en Turquía. Estos estudios encontraron que la tasa de PPD entre 14% y 40.4%. Cada uno de estos cuatro estudios epidemiológicos se basó en muestras de un lugar específico, lo que les dio algunas limitaciones.

Atencia<sup>10</sup>, realizan una investigación casos y controles la cual participación 180 adolescente de las cuales 90 formaron parte del grupo de casos (pacientes con depresión) y 90 formaron parte del grupo de controles (pacientes sin depresión). Para su evaluación se utilizó a escala de Edimburgo así como también una encuesta en donde se consignaban los factores de riesgo a evaluar y determinar su asociación con la depresión. Entre los resultados se pudo identificar que los factores de riesgo que representan un riesgo para desarrollar depresión postparto son: tener alguna patología durante la gestación ( $p=0.025$ ; OR: 1.96), haber sido hospitalizada durante la gestación ( $p<0.001$ ; OR: 3.29), haber presentado algún tipo de complicación durante el parto ( $p<0.001$ ; OR: 8.08), parto por cesárea ( $p=0.005$ ; OR: 3.08), lactancia materna dificultosa ( $p=0.002$ ; OR: 2.60) que el neonato haya sido hospitalizado por presentar complicaciones ( $p<0.001$ ; OR: 13.69). De la misma manera, se identificaron una serie de factores de carácter social para el desarrollo de depresión post parto, entre ellas se identificó el hecho que la pareja no tenga estabilidad laboral o trabajo fijo ( $p<0.001$ ; OR: 7.82), el no contar con apoyo económico del cónyuge ( $p<0.001$ ; OR: 32.36) y el consumo de drogas o sustancias ilícitas ( $p=0.023$ ; OR: 5.24). Los autores concluyen mencionado que los principales factores asociados y que representan un riesgo para el desarrollo de la depresión post parto en madres de edad adolescente en este hospital de la ciudad de Lima son una relación inadecuada con la pareja, la carencia económica y la hospitalización del neonato

Por último, es de vital importancia la valoración y la cuantificación de la depresión postparto, debido a las complicaciones que puede generar; además

de que es necesario su implementación como parte del diagnóstico de las pacientes que recién han dado a luz. Además, entre otros datos no evaluados están la parte genética en cual Bell<sup>5</sup>, valoro la metilación de OXTR DNA (CpGsite-934) y el genotipo (rs53576 y rs2254298) asimismo se analizaron a partir de ADN extraído de la sangre recogida durante el embarazo. La regresión logística condicional se utilizó para estimar los odds ratios (OR) y los intervalos de confianza (IC) del 95% para la asociación de síntomas elevados de PPD con genotipo, metilación y su interacción ajustada por factores psicosociales (n = 500). Hubo evidencia de una interacción entre rs53576 y metilación en el gen OXTR entre mujeres que no tenían depresión prenatal, pero desarrollaron PPD (interacción = 0.026, ajustada para covariables, n = 257). Aquellas mujeres con genotipo mostraron 2.63 mayores probabilidades de PPD por cada aumento del 10% en el nivel de metilación (IC 95%: 1.37, 5.03), mientras que la metilación no estaba relacionada con PPD entre los portadores "A" (OR = 1.00, 95% CI: 0.58, 1.73). No hubo tal interacción entre las mujeres con PPD y depresión prenatal. Estos datos indican que la variación epigenética que disminuye la expresión de OXTR en un genotipo susceptible puede jugar un papel contribuyente en la etiología de la PPD.

Para Tebeka<sup>11</sup> la depresión periparto se evaluó según una entrevista semiestructurada en Wave 2. Los factores de riesgo que abarcan la vida durante la niñez hasta la etapa adulta, incluyendo el abuso sexual, los antecedentes familiares de depresión y el trastorno psiquiátrico fueron evaluados en la ola 1. Evento vital estresante y factores obstétricos durante el período de 12 meses anterior a la segunda entrevista. En la muestra de 1085 participantes embarazadas en la ola 2, la prevalencia de la depresión periparto fue del 10,8%. Las mujeres con depresión periparto informaron tasas más altas de abuso sexual en la infancia (OR = 3.07), antecedentes familiares de depresión (OR = 3.27). Un historial de trastorno mental se asoció con una mayor tasa de depresión periparto (OR = 3,43) Cuatro trastornos se asociaron

específicamente con una mayor tasa de depresión periparto, incluida la depresión (OR = 4,91), trastorno por consumo de sustancias (OR = 2,37), trastorno bipolar (OR = 2.39) e historial de intento de suicidio (OR = 3.79). La depresión periparto se asoció con un evento de vida estresante en el último año (OR = 3.03) y complicaciones durante el embarazo (OR = 2.10). Concluyendo que la depresión afecta a más de una de cada 10 mujeres durante el periparto. Los factores asociados con la depresión periparto son los antecedentes traumáticos, personales o familiares de trastorno mental, en un marco de tiempo que abarca la vida desde la infancia hasta la edad adulta.

Sin embargo, Wright<sup>12</sup>, presento que la regresión de riesgos proporcionales de Cox se utilizó para examinar el riesgo de aparición de depresión en los 6 meses posteriores a un evento de relación versus otros eventos, después de tener en cuenta el historial de depresión y otros posibles factores de confusión. Los resultados fueron que 52 mujeres (19,0%) experimentaron un inicio de depresión entre la concepción y 6 meses después del parto. Ambos eventos de relación (Hazard Ratio = 2.1,  $p = .001$ ) y otros eventos de la vida (Hazard Ratio = 1.3,  $p = .020$ ) se asociaron con un mayor riesgo de aparición de la depresión; sin embargo, los eventos de relación mostraron un riesgo significativamente mayor de depresión que otros eventos de la vida ( $p = .044$ ). Los resultados son consistentes con la hipótesis de que los eventos destacados a nivel personal son más predictivos del inicio de la depresión que otros eventos. Además, indican la importancia clínica de los eventos relacionados con la relación de pareja durante el embarazo y el postparto.

Además, Sacher<sup>13</sup>, investigó si la monoamina oxidasa-A (MAO-A) VT, un índice de la densidad MAO-A aumenta en la corteza prefrontal y cingulada anterior (PFC y ACC), durante PPD o cuando existe un síntoma del espectro PPD, mayor predisposición al llanto. MAO-A es una enzima que aumenta en densidad después del declive de los estrógenos y tiene varias funciones que incluyen la creación de estrés oxidativo, la apoptosis y el metabolismo de las

monoaminas. Cincuenta y siete mujeres fueron reclutadas, incluyendo 15 de primera aparición, antidepresivos sin experiencia, sujetos con PPD, 12 postparto sanos que lloran debido al estado de ánimo triste, 15 mujeres asintomáticas postparto sanas y 15 mujeres sanas no recientemente embarazadas. A cada uno se le realizó una tomografía por emisión de positrones con [11C]-harmina para medir MAO-A VT. Tanto el PPD como una mayor predisposición al llanto se asociaron con una mayor MAO-A VT en el PFC y ACC (análisis de varianza multivariante (MANOVA), efecto de grupo, en comparación con el postparto asintomático). El aumento de MAO-A VT en PFC y ACC representa un nuevo biomarcador en PPD y el síntoma PPD de predisposición al llanto. Pueden ser posibles nuevas estrategias para prevenir la PPD (y algunos síntomas de PPD) al evitar las condiciones ambientales que elevan el nivel de MAO-A y mejoran las condiciones que normalizan el nivel de MAO-A. Estos hallazgos también abogan por ensayos clínicos en PPD con los antidepresivos inhibidores MAO-A más nuevos y bien tolerados

## **CAPÍTULO V: CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES**

### **5.1 Conclusiones**

- La frecuencia en la que se presenta la depresión posparto es del 8.2%.
- Dentro de las características sociodemográficas la edad promedio fue de 23 años, siendo el estado civil más frecuente las solteras; y el grado de instrucción más frecuente es el secundario.
- Las características obstétricas más frecuentes, la multiparidad se presento con mayor frecuencia, además que la mayoría presento complicacion obstetrica previamente, aunado a eso la anemia es un factor frecuente. Por otro lado, la mayoría no planeo su embarazo.
- El nivel de depresión posparto más frecuente, es el moderado; ademas de que se debe tener en cuenta dentro del tratamiento y su seguimiento para la evolución de su mejora.

### **5.2 Recomendaciones**

- Es importante la realización de mayor cantidad de estudios y la aplicación de test de depresión posparto para la adecuada obtención de su frecuencia; asimismo, que se debe de hacer extensivo a los diversos establecimientos de salud en los cuales se atienda a puérperas.
- Es recomendable integrar una evaluación psiquiátrica dentro del perfil de la gestante, además de hacer mayor hincapié en las más jóvenes.
- Se recomienda la realización de una historia más específica para la valoración de datos obstétricos, además de la realización de estudios que valoren su relación como factor de riesgo.
- Es necesario la integración de una terapia para evitar el desarrollo de la depresión en el periparto, para así disminuir la prevalencia de desarrollar depresión posparto y a su vez disminuir su gravedad.

## BIBLIOGRAFÍA

1. Urdaneta J RAGJ. Factores de riesgo de depresión postparto en puérperas venezolanas valoradas por medio de la escala de Edimburgo. Rev. chil. obstet. ginecol. 2011; 76<sup>2</sup>.
2. Álvaro C SAES. Prevalencia de depresión posnatal en mujeres atendidas en hospitales públicos de Durango, México. Gac Méd Méx. 2010; 146<sup>1</sup>.
3. Rincón D RR. Depresión postparto en mujeres colombianas: análisis secundario de la Encuesta Nacional de Demografía y Salud-2010. Revista de Salud Pública. 2014; 16<sup>4</sup>.
4. S. A. Factores de riesgo para la depresión postparto en madres adolescentes atendidas en el hospital nacional Daniel Alcides Carrión durante abril – junio, 2015. Tesis de Grado. Lima: Universidad Nacional Mayor de San Marcos, Lima; 2015.
5. Bell AF, Carter CS, Steer CD, Golding J, Davis JM, Steffen AD, et al. Interaction between oxytocin receptor DNA methylation and genotype is associated with risk of postpartum depression in women without depression in pregnancy. *Frontiers in Genetics* [Internet]. 21 de julio de 2015 [citado 24 de septiembre de 2018];6. Disponible en: <http://journal.frontiersin.org/Article/10.3389/fgene.2015.00243/abstract>
6. Yazici E, Kirkan TS, Akcali aslan P, Aydın N, Yazici AB. Untreated depression in the first trimester of pregnancy leads to postpartum depression: high rates from a natural follow-up study. *Neuropsychiatric Disease and Treatment*. febrero de 2015;405.
7. Gaillard A, Le Strat Y, Mandelbrot L, Keïta H, Dubertret C. Predictors of postpartum depression: Prospective study of 264 women followed during pregnancy and postpartum. *Psychiatry Research*. febrero de 2014; 2152 : 341-6.

8. Borra C, Iacovou M, Sevilla A. New Evidence on Breastfeeding and Postpartum Depression: The Importance of Understanding Women's Intentions. *Maternal and Child Health Journal*. abril de 2015;19<sup>4</sup>: 897-907.
9. Becker M, Weinberger T, Chandy A, Schmukler S. Depression During Pregnancy and Postpartum. *Current Psychiatry Reports* [Internet]. Marzo de 2016 [citado 24 de septiembre de 2018];18.<sup>3</sup> Disponible en: <http://link.springer.com/10.1007/s11920-016-0664-7>
10. Atencia, S. Factores de riesgo para la depresión postparto en madres adolescentes atendidas en el hospital nacional Daniel Alcides Carrión durante abril – junio, 2015. [Tesis de Grado]. Lima: Universidad Nacional Mayor de San Marcos; 2015
11. Tebeka S, Strat YL, Dubertret C. Developmental trajectories of pregnant and postpartum depression in an epidemiologic survey. *Journal of Affective Disorders*. octubre de 2016; 203:62-8.
12. Wright N, Hill J, Pickles A, Sharp H. The Specific Role of Relationship Life Events in the Onset of Depression during Pregnancy and the Postpartum. Pawluski J, editor. *PLOS ONE*. 8 de diciembre de 2015;10<sup>12</sup>: e0144131.
13. Sacher J, Rekkas PV, Wilson AA, Houle S, Romano L, Hamidi J, et al. Relationship of Monoamine Oxidase-A Distribution Volume to Postpartum Depression and Postpartum Crying. *Neuropsychopharmacology*. enero de 2015; 402:429-35.
14. Raisanen S, Lehto S, SH. Fear of childbirth predicts postpartum depression: a population-based analysis of 511 422 singleton births in Finland. *BMJ Open*. 2013; 3.
15. Savitz D, Stein C, Ye F. *The Epidemiology of Hospitalized Postpartum Depression in New York State, 1995–2004*. Elsevier. 2011.

16. Sword W, Kurtz C, Thabane L. Is mode of delivery associated with postpartum depression at 6 weeks: a prospective cohort study BJOG an International Journal of Obstetrics and Gynaecology. 2011 Abril.
17. Sylven S, Ekselius L, Sundstrom I. Premenstrual syndrome and dysphoric disorder as risk factors for postpartum depression. ACTA Obstetrica et Ginecológica. 2012; 92.
18. Molero K, Urdaneta J, Sanabria C. Prevalencia de depresión postparto en puérperas adolescentes y adultas. Rev Chil Obstet Ginecol. 2014; 79<sup>4</sup>.
19. Carrillo M. los factores asociados que causan la Depresión Postparto en las mujeres que acuden al Hospital General de Ecatepec Dr. José Ma. Rodríguez. Tesis de especialista. Toluca: Universidad Autónoma del Estado de México, Toluca; 2013.
20. Almeida A, Toscano D. prevalencia de depresión postparto en las madres adolescentes en el primer trimestre del 2013, en la hospitalización del área de adolescencia del Hospital Gineco-Obstétrico Maternidad Isidro Ayora. Tesis de Grado. Quito: Pontificia Universidad Católica del Ecuador, Quito; 2013.
21. Rincón D, Ramírez R. Determinantes sociales, cuidado prenatal y depresión postparto. Prog Obstet Ginecol. 2013; 56<sup>10</sup>.
22. Silva R, Jansen K, Souza L. Sociodemographic risk factors of perinatal depression: a cohort study in the public health care system. Rev Bras Psiquiatr. 2012; 34.
23. González M. la prevalencia sobre la depresión postparto en adolescentes y adultas que son atendidas en el servicio de Gineco-Obstetricia del Hospital Nacional Sergio E. Bernales. Tesis de Grado. Lima: Universidad Nacional Mayor de San Marcos, Lima; 2017.

24. Cerda M. factores sociodemográficos que se asocian a la primiparidad que presentan depresión postparto que oscilan entre los 20 y 34 años de edad que se atendieron en el Hospital Nacional Docente Madre Niño San Bartolomé. Tesis de Grado. Lima: Universidad Nacional Mayor de San Marcos, Lima; 2017.
25. Carrión J, Moreno L. frecuencia y las características de la depresión postparto en el distrito de Lambayeque. Tesis de Grado. Lambayeque: Universidad Nacional Pedro Ruiz Gallo, Lambayeque; 2016.
26. Olortegui K. estado civil es factor de riesgo para depresión postparto en el Hospital Belén de Trujillo. Tesis de Grado. Trujillo: Universidad Privada Antenor Orrgeo, La Libertad; 2017.
27. Vera J, Centurión D. influencia de las características socio-demográficas en la depresión postparto en púerperas atendidas en el Hospital II Es Salud Tarapoto y Hospital MINSA II-2 Tarapoto. Tesis de Grado. Tarapoto: Universidad Nacional de San Martín - Tarapoto, Tarapoto; 2016.
28. González M. la prevalencia sobre la depresión postparto en adolescentes y adultas que son atendidas en el servicio de Gineco-Obstetricia del Hospital Nacional Sergio E. Bernal. Tesis de Grado. Lima: Universidad Nacional Mayor de San Marcos, Lima; 2017.
29. Cerda M. factores sociodemográficos que se asocian a la primiparidad que presentan depresión postparto que oscilan entre los 20 y 34 años de edad que se atendieron en el Hospital Nacional Docente Madre Niño San Bartolomé. Tesis de Grado. Lima: Universidad Nacional Mayor de San Marcos, Lima; 2017.
30. Carrión J, Moreno L. frecuencia y las características de la depresión postparto en el distrito de Lambayeque. Tesis de Grado. Lambayeque: Universidad Nacional Pedro Ruiz Gallo, Lambayeque; 2016.

31. Olortegui K. estado civil es factor de riesgo para depresión postparto en el Hospital Belén de Trujillo. Tesis de Grado. Trujillo: Universidad Privada Antenor Orrego, La Libertad; 2017.

## **ANEXOS**

### ANEXO N°1: Operacionalización de variables

<b>VARIABLE: DEPRESIÓN POSTPARTO</b>			
<b>INDICADORES</b>	<b>ITEMS</b>	<b>NIVEL DE MEDICION</b>	<b>INSTRUMENTO</b>
CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS	EDAD	De razón	Hoja de Recolección de datos
	ESTADO CIVIL	Nominal	
	EDAD DE INICIO DE RELACIONES SEXUALES	De razón	
	NUMERO DE HIJOS	De razón	
	GRADO DE INSTRUCCIÓN	Ordinal	
CARACTERÍSTICAS OBSTÉTRICAS	PARIDAD	Nominal	Hoja de Recolección de datos
	COMPLICACIONES OBSTÉTRICAS PREVIAS	Nominal	
	ANEMIA	Nominal	
	EMBARAZO PLANEADO	Nominal	
NIVEL DE DEPRESIÓN POSTPARTO	LEVE MODERADO SEVERO	Ordinal	Hoja de Recolección de datos

## ANEXO N°2: Instrumento

	<p><b>UNIVERSIDAD PRIVADA SAN JUAN BAUTISTA</b></p> <p>FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD ESCUELA PROFESIONAL DE MEDICINA HUMANA</p>
---	--

### INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS

#### I. FACTORES SOCIODEMOGRÁFICOS:

1. EDAD: \_\_\_\_\_
2. ESTADO CIVIL
  - a. SOLTERA ( )
  - b. CASADA ( )
  - c. CONVIVIENTE ( )
3. EDAD DE INICIO DE RELACIONES SEXUALES: \_\_\_\_\_
4. NUMERO DE HIJOS:
  - a. 1 ( )
  - b. 2 O MÁS ( )
5. GRADO DE EDUCACION:
  - a. PRIMARIA INCOMPLETA ( )
  - b. PRIMARIA COMPLETA ( )
  - c. SECUNDARIA INCOMPLETA ( )
  - d. SECUNDARIA COMPLETA ( )
  - e. TECNICO SUPERIOR ( )
  - f. SUPERIOR UNIVERSITARIA ( )

#### II. CARACTERÍSTICAS OBSTÉTRICAS:

6. PARIDAD:
  - a. PRIMIGESTA ( )
  - b. MULTIGESTA ( )
7. COMPLICACIONES OBSTÉTRICAS PREVIAS:

a. SI ( )

b. NO ( )

**8. ANEMIA:**

a. SI ( )

b. NO ( )

**9. EMBARAZO PLANEADO:**

a. SI ( )

b. NO ( )

**III. NIVEL DE DEPRESIÓN POSPARTO**

LEVE ( )

MODERADO ( )

SEVERO ( )

Tabla 1. Escala de depresión de Edimburgo para embarazo y posparto<sup>®</sup>.

Como usted está embarazada o hace poco tuvo un bebé, nos gustaría saber cómo se ha estado sintiendo.

Por favor marque con una X el casillero con la respuesta que más se acerca a cómo se ha sentido en los últimos 7 días

1. He sido capaz de reírme y ver el lado positivo de las cosas.	a) Tanto como siempre. b) No tanto ahora. c) Mucho menos ahora. d) No, nada.
2. He disfrutado mirar hacia delante.	a) Tanto como siempre. b) Menos que antes. c) Mucho menos que antes. d) Casi nada.
3. Cuando las cosas han salido mal me he culpado a mí innecesariamente.	a) No, nunca. b) No con mucha frecuencia. c) Sí, a veces. d) Sí, la mayor parte del tiempo.
4. He estado nerviosa o inquieta sin motivo.	a) No, nunca. b) Casi nunca. c) Sí, a veces. d) Sí, con mucha frecuencia.
5. He sentido miedo o he estado asustadiza sin tener motivo.	a) No, nunca. b) No, no mucho. c) Sí, a veces. d) Sí, bastante.
6. Las cosas me han estado abrumando.	a) No, he estado haciendo las cosas tan bien como siempre. b) No, la mayor parte del tiempo he hecho las cosas bastante bien. c) Sí, a veces no he podido hacer las cosas tan bien como siempre. d) Sí, la mayor parte del tiempo no he podido hacer las cosas en absoluto.
7. Me he sentido tan desdichada que he tenido dificultades para dormir.	a) No, nunca. b) No con mucha frecuencia. c) Sí, a veces. d) Sí, la mayor parte del tiempo.
8. Me he sentido triste o desgraciada.	a) No, nunca. b) No con mucha frecuencia. c) Sí, a veces. d) Sí, la mayor parte del tiempo.
9. Me he sentido tan desdichada que he estado llorando.	a) No, nunca. b) Sólo ocasionalmente. c) Sí, bastante a menudo. d) Sí, la mayor parte del tiempo.
10. Se me ha ocurrido la idea de hacerme daño.	a) Nunca. b) Casi nunca. c) A veces. d) Sí, bastante a menudo.

A las respuestas se les asigna un puntaje de 0, 1, 2 y 3 según la letra marcada:  
a) 0 punto      b) 1 punto      c) 2 puntos      d) 3 puntos

El puntaje total se calcula sumando los puntajes para cada uno de los 10 ítems.

### ANEXO N° 3: Validez de instrumento – Consulta de experto

#### INFORME DE OPINIÓN DE EXPERTO

I.- DATOS GENERALES:

II.- ASPECTOS DE VALIDACIÓN:

- 1.1 Apellidos y Nombres del Experto: **Bravo Jenny**  
 1.2 Cargo e institución donde labora: **UPSSB**  
 1.3 Tipo de Experto: Metodólogo  Especialista  Estadístico   
 1.4 Nombre del instrumento:  
 1.5 Autor (a) del instrumento: **FRD**

DEPRESION POSTPARTO EN GESTANTES QUE SE ATIENDEN EN EL HOSPITAL NACIONAL HIPÓLITO UNANUE DURANTE EL PERIODO AGOSTO – NOVIEMBRE 2017

INDICADORES	CRITERIOS	Deficiente	Regular	Buena	Muy Buena	Excelente
		00 - 20%	21 - 40%	41 - 60%	61 - 80%	81 - 100%
CLARIDAD	Esta formulado con un lenguaje claro.					81%
OBJETIVIDAD	No presenta sesgo ni induce respuestas					81%
ACTUALIDAD	Está de acuerdo a los avances la teoría sobre ..... (variables).					81%
ORGANIZACION	Existe una organización lógica y coherente de los ítems.					81%
SUFICIENCIA	Comprende aspectos en calidad y cantidad.					81%
INTENCIONALIDAD	Adecuado para establecer ..... (relación a las variables).					81%
CONSISTENCIA	Basados en aspectos teóricos y científicos.					81%
COHERENCIA	Entre los índices e indicadores.					81%
METODOLOGIA	La estrategia responde al propósito de la investigación ..... (tipo de investigación)					81%

III.- OPINIÓN DE APLICABILIDAD:

..... **Aplica** .....

IV.- PROMEDIO DE VALORACIÓN

**81%**

Lugar y Fecha: Lima, ..... **11/09** ..... del 2018

Firma del Experto **[Firma]**  
 D.N.I N° ..... **40906055** .....  
 Teléfono ..... **994613409** .....

INFORME DE OPINIÓN DE EXPERTO

I.- DATOS GENERALES:

II.- ASPECTOS DE VALIDACIÓN:

- 1.1 Apellidos y Nombres del Experto: BAZAIN RODRIGUEZ ELSI  
 1.2 Cargo e institución donde labora: DOCENTE UPSJB  
 1.3 Tipo de Experto: Metodólogo  Especialista  Estadístico   
 1.4 Nombre del instrumento:  
 1.5 Autor (a) del instrumento:

DEPRESION POSTPARTO EN GESTANTES QUE SE ATIENDEN EN EL HOSPITAL NACIONAL HIPOLITO UNANUE DURANTE EL PERIODO AGOSTO - NOVIEMBRE 2017

INDICADORES	CRITERIOS	Deficiente	Regular	Buena	Muy Buena	Excelente
		00 - 20%	21 - 40%	41 - 60%	61 - 80%	81 - 100%
CLARIDAD	Esta formulado con un lenguaje claro.					81%
OBJETIVIDAD	No presenta sesgo ni induce respuestas					81%
ACTUALIDAD	Está de acuerdo a los avances la teoría sobre ..... (variables).					81%
ORGANIZACION	Existe una organización lógica y coherente de los ítems.					81%
SUFICIENCIA	Comprende aspectos en calidad y cantidad.					81%
INTENCIONALIDAD	Adecuado para establecer ..... (relación a las variables).					81%
CONSISTENCIA	Basados en aspectos teóricos y científicos.					81%
COHERENCIA	Entre los índices e indicadores.					81%
METODOLOGIA	La estrategia responde al propósito de la investigación ..... (tipo de investigación)					81%

III.- OPINIÓN DE APLICABILIDAD:

..... Aplica .....

IV.- PROMEDIO DE VALORACIÓN

81%

Lugar y Fecha: Lima, 24 octubre del 2018

Eli Bzain

Firma del Experto  
 D.N.I. Nº 1930 9983  
 Teléfono 977 414 879

INFORME DE OPINIÓN DE EXPERTO

I.- DATOS GENERALES:

II.- ASPECTOS DE VALIDACIÓN:

- 1.1 Apellidos y Nombres del Experto: *Rómulo Panagré Fernández*  
 1.2 Cargo e institución donde labora: *Jefe Departamento de Ginecología*  
 1.3 Tipo de Experto: Metodólogo  Especialista  Estadístico   
 1.4 Nombre del instrumento:  
 1.5 Autor (a) del instrumento: *Milagros Jacqueline Bazán Arbildo*

DEPRESION POSTPARTO EN GESTANTES QUE SE ATIENDEN EN EL HOSPITAL NACIONAL HIPÓLITO UNANUE DURANTE EL PERIODO AGOSTO – NOVIEMBRE 2017

INDICADORES	CRITERIOS	Deficiente	Regular	Buena	Muy Buena	Excelente
		00 - 20%	21 - 40%	41 - 60%	61 - 80%	81 - 100%
CLARIDAD	Esta formulado con un lenguaje claro.					81%
OBJETIVIDAD	No presenta sesgo ni induce respuestas					81%
ACTUALIDAD	Está de acuerdo a los avances la teoría sobre ..... (variables).					81%
ORGANIZACION	Existe una organización lógica y coherente de los ítems.					81%
SUFICIENCIA	Comprende aspectos en calidad y cantidad.					81%
INTENCIONALIDAD	Adecuado para establecer ..... (relación a las variables).					81%
CONSISTENCIA	Basados en aspectos teóricos y científicos.					81%
COHERENCIA	Entre los índices e indicadores.					81%
METODOLOGIA	La estrategia responde al propósito de la investigación ..... (tipo de investigación)					81%

III.- OPINIÓN DE APLICABILIDAD:

IV.- PROMEDIO DE VALORACIÓN

Lugar y Fecha: Lima, ..... del 2018

*[Firma manuscrita]*

Firma del Experto  
 D.N.I. Nº *07735163*  
 Teléfono *999041823*

### ANEXO N°4: Matriz de Consistencia

PROBLEMÁS	OBJETIVOS	HIPÓTESIS	VARIABLES E INDICADORES
<p><b>General:</b> PG: ¿Cuál es la frecuencia de la depresión postparto en gestantes que se atienden en el Hospital Nacional Hipólito Unanue durante el periodo enero – agosto 2018?</p> <p><b>Específicos:</b> PE 1: ¿Cuáles son las características sociodemográficas de la depresión postparto en gestantes que se atienden en el Hospital Nacional Hipólito Unanue durante el periodo enero – agosto 2018?</p> <p>PE 2: ¿Cuál es la distribución de las características obstétricas de la depresión postparto en gestantes que se atienden en el Hospital Nacional Hipólito Unanue durante el periodo enero – agosto 2018?</p> <p>PE 3: ¿Cuál es el nivel de depresión postparto en gestantes que se atienden en el Hospital Nacional Hipólito Unanue durante el periodo enero – agosto 2018?</p>	<p><b>General:</b> OG: Identificar la frecuencia de la depresión postparto en gestantes que se atienden en Hospital Nacional Hipólito Unanue durante el periodo enero – agosto 2018</p> <p><b>Específicos:</b> OE1: Determinar las características sociodemográficas de la depresión postparto en gestantes que se atienden en el Hospital Nacional Hipólito Unanue durante el periodo enero – agosto 2018.</p> <p>OE 2: Determinar la frecuencia de características obstétricas de la depresión postparto en gestantes que se atienden en el Hospital Nacional Hipólito Unanue durante el periodo enero – agosto 2018</p> <p>OE 3: Identificar el nivel de depresión postparto en gestantes que se atienden en el Hospital Nacional Hipólito Unanue durante el periodo enero – agosto 2018</p>	<p><b>General:</b> HG: El presente estudio, al ser de tipo descriptivo no amerita el planteamiento de una hipótesis</p> <p><b>Específicas:</b> El presente estudio, al ser de tipo descriptivo no amerita el planteamiento de una hipótesis</p>	<p><b>Variables:</b> <b>DEPRESIÓN POSTPARTO</b> <b>Características sociodemográficas</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Edad</li> <li>• Estado civil</li> <li>• Edad de inicio de relaciones sexuales</li> <li>• Número de hijos</li> <li>• Grado de instrucción</li> </ul> <p><b>Características obstétricas</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Paridad</li> <li>• Anemia</li> <li>• Embarazo planeado</li> </ul> <p><b>Nivel de Depresión postparto</b></p>

Diseño metodológico	Población y Muestra	Técnicas e Instrumentos
<p>- Nivel: Cuantitativo</p> <p>- Tipo de Investigación: Descriptivo, observacional y retrospectivo</p>	<p>Población: N = 150 pacientes</p> <p>Criterios de Inclusión:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Mujeres que se atienden en el Hospital Nacional Hipólito Unanue</li> <li>• Mujeres puérperas</li> <li>• Mujeres que desean participar en el estudio</li> </ul> <p>Criterios de exclusión:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Puérperas con algún trastorno psiquiátrico previo</li> <li>• Puérperas con una depresión previa al embarazo</li> </ul> <p>N= 108 pacientes</p> <p>Muestreo: aleatorio simple.</p>	<p>Técnica: La información contenida en la ficha de Procesamiento de datos será registrada en la hoja de Excel, posteriormente el documento Excel se exportará al paquete estadístico SPSS versión 23, donde se analizará posteriormente.</p> <p>Instrumentos: Se utilizara técnica e instrumento de recolección de datos que ha sido diseñado y que contiene todas las variables del estudio (Anexo 02) que se llevara a cabo durante el año 2018 en el Hospital Nacional Hipólito Unanue; además se utilizó la escala de Edimburgo.</p>