

Universidad Católica de Santa María

Facultad de Medicina Humana

**Segunda Especialidad en Medicina Familiar y Salud
Comunitaria**



**“FACTORES RELACIONADOS A DEPRESION POST PARTO
DURANTE EL CONTEXTO COVID 19 EN PUERPERAS DE UNCENTRO
DE ATENCION PRIMARIA, AREQUIPA 2022”**

Proyecto de investigación presentado
por M.C.

Medina Rosado, Narby Lidia

para optar el Título de Segunda

**Especialidad en Medicina Familiar y
Salud Comunitaria**

Asesor:

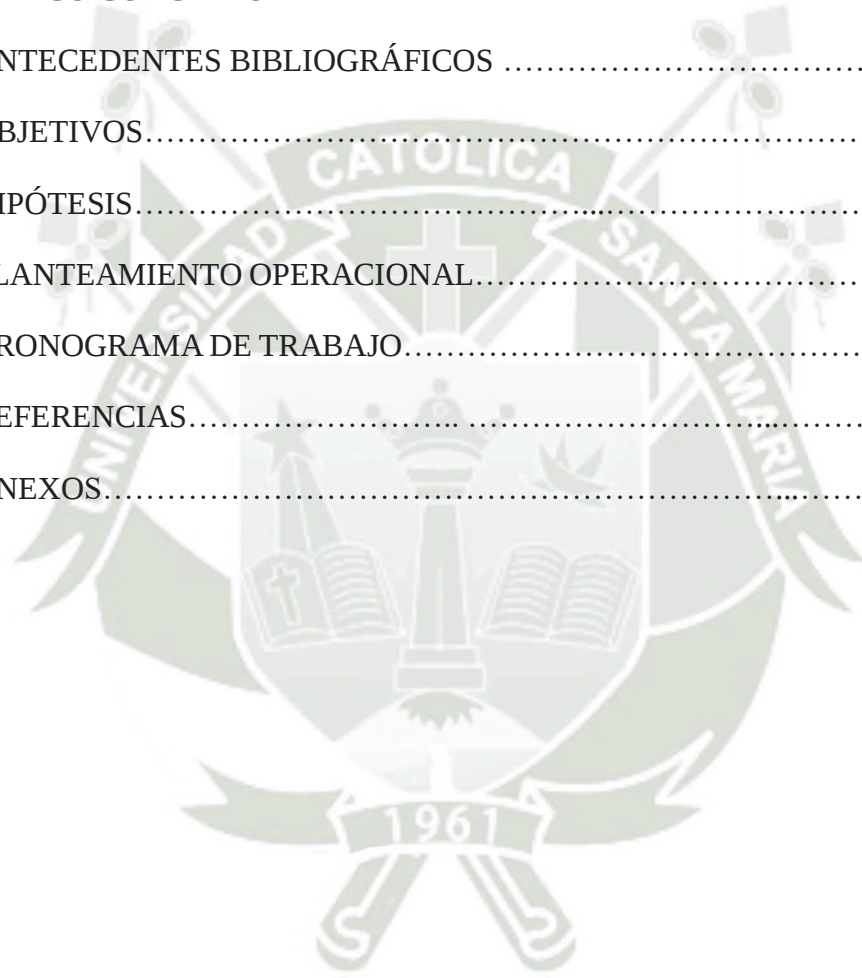
Dr. Paja Callo Woodward

Arequipa- Perú

2022

INDICE

RESUMEN.....	4
ABSTRACT	4
PLANTEAMIENTO TEORICO	6
MARCO CONCEPTUAL	9
ANTECEDENTES BIBLIOGRÁFICOS	19
OBJETIVOS.....	22
HIPÓTESIS.....	23
PLANTEAMIENTO OPERACIONAL.....	23
CRONOGRAMA DE TRABAJO.....	26
REFERENCIAS.....	27
ANEXOS.....	33



RESUMEN

Los altos índices anuales en la población mundial que presentan problemas de depresión nos impulsan a tomar medidas para prevenir esta patología.

Así mismo su presencia durante el embarazo y postparto suele pasar muy desapercibida, trayendo consigo una serie de repercusiones no solo en la salud de la madre, sino también a nivel social, laboral, familiar, marital y el mas preocupante la capacidad para el cuidado del recién nacido y los riesgos que representa para el niño.

Dicha patología puede ser prevenida, detectada y tratada a tiempo; siempre y cuando se cuente y se aplique estrategias adecuadas. Por lo que el presente trabajo busca incorporar métodos de detección temprana como el cuestionario de Edimburgo, instrumento validado a nivel mundial para detección de depresión durante la gestación y puerperio. Todo esto se llevará a cabo en pacientes en el primer nivel de atención.

Palabras clave: depresión postparto, puerperio, factores relacionados, prevención.

ABSTRACT

The high annual rates in the world population that present depression problems impel us to take measures to prevent this pathology.

Likewise, its presence during pregnancy and postpartum usually goes very unnoticed, bringing with it a series of repercussions not only on the mother's health, but also on a social, work, family, marital level and the most worrying is the ability to care for the child. newborn and the risks it represents for the child.

This pathology can be prevented, detected and treated in time; as long as adequate strategies are counted and applied. Therefore, the present work seeks to incorporate early detection methods such as the Edinburgh questionnaire, an instrument validated worldwide for the detection of depression during pregnancy and the puerperium. All this will be carried out in patients at the first level of care.

Keywords: postpartum, depression, puerperium, related factors, prevention.

I. PREÁMBULO

La depresión es una enfermedad frecuente en el mundo contemporáneo, según la OMS se estima que un 3,8% (28 millones de personas) de la población mundial la padece, siendo en su gran mayoría personas menores de 65 años; en relación al sexo, son las mujeres, especialmente en edad fértil, las propensas a presentar este cuadro en comparación a los hombres.

La gestación, y especialmente el parto, es un evento que conlleva una serie de cambios estructurales anatómicos, psicológicos y sociales en la mujer; los cuales conllevan a una percepción positiva hacia sus bebés. Según Jadresic, más del 40% de mujeres durante este periodo presentan síntomas de depresión inespecíficos y alrededor del 15% presentan trastornos depresivos como tal. Un estudio realizado en Edimburgo, indicó que el riesgo relativo (RR) de patología psiquiátrica es alto durante los 30 primeros días postparto (RR=6), disminuye mientras se aleja del parto (RR=3,8, si se considera el periodo de los 90 días postparto) y permanece elevado hasta los 2 años siguientes (RR=1,3 entre los 90 días y los 2 años postparto).

Esta patología es el desarrollo de un estado depresivo en la madre luego del parto, caracterizada por llanto, desánimo, sentimientos de incapacidad ante el rol de madre, y suele durar entre 6 y 8 semanas, o llegar incluso hasta un año, dependiente de la gravedad de los síntomas. Este padecimiento conlleva a un impacto que afecta a la madre, al hijo, padre y a su entorno social. De hecho, puede tener un impacto negativo en el desarrollo del hijo, ya que las madres que se perciben como no eficaces en su rol maternal, tienden a adoptar prácticas parentales negativas.

La Depresión Postparto es considerada actualmente dentro de la clasificación DSM-5 como parte de las alteraciones que cumplen con el denominador del “periparto” ya que hacer referencia a los iniciados durante el embarazo y en las primeras semanas después del parto.

Existen diferentes factores asociados a este padecimiento, los cuales han sido descritos de forma muy puntuales en diversos estudios realizados en el ámbito local, nacional e internacional, dentro los cuales se describen: historia previa de depresión, falta de soporte social, pobreza, violencia familiar, dificultades en la relación de pareja, historia de aborto previo, ambivalencia en relación a la gestación y ansiedad con respecto al bebé.

El ámbito originado por la COVID-19, no sólo ha desequilibrado los sistemas de salud a nivel mundial, elevado la tasa de mortalidad a niveles nunca antes esperados y dejado en un estado de convalecencia permanente residual a un porcentaje importante de la población que la ha padecido; sino también ha acentuado la presencia y permanencia de otras enfermedades, dentro de ellas las enfermedades psiquiátricas. Algunos estudios a nivel nacional han concluido que enfermedades como la depresión ha sido uno de los trastornos más frecuentes y graves que ha tomado importancia en estos tiempos, por lo que la Depresión Postparto no estaría exenta a este efecto, siendo la razón que motivó la realización de este estudio

II. PLANTEAMIENTO TEÓRICO

1. PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN

1.1 Enunciado del problema:

¿Cuáles son los factores relacionados a depresión postparto durante el contexto COVID 19 en puérperas de un Centro de Atención Primaria Arequipa?

1.2 Descripción del problema

1.2.1 Área del conocimiento:

Área general: Ciencias de la Salud

Área específica: Medicina Humana

Especialidad: Medicina Familiar Línea: Salud Mental

1.2.2 Operacionalización de Variables:

Variable Dependiente	Indicador	Valores	Escala
Depresión postparto	Test de Edimburgo	0 a 11 puntos: No hay sospecha de depresión 12 puntos a más: Alta sospecha de depresión	Nominal

Variable Independiente	Indicador	Subindicador	Escala
Factores relacionados a Depresión Postparto	Antecedentes personales	Edad	Razón
		Estado civil	Nominal
		Nivel educativo	Ordinal
		Ocupación	Nominal
		Relación con el padre de recién nacido	Ordinal
	Antecedentes gineco-obstétricos	Diagnóstico de Enfermedad Psiquiátrica previa	Nominal
		Número de hijos anteriores	Ordinal
		Embarazo planificado	Nominal
		Número de controles Prenatales	Ordinal
		Vía del parto	Nominal
	Eventos relacionados a COVID	Covid durante el embarazo	Nominal
		Familiares con COVID	Nominal

1.2.3. Interrogantes básicas:

- ¿Cuáles son los factores relacionados a depresión postparto en pacientes de un centro de atención primaria?
- ¿Existe relación entre la depresión postparto y los antecedentes personales de puérperas de un centro de atención primaria?
- ¿Existe relación entre la depresión postparto y los antecedentes gineco obstétricos de puérperas de un centro de atención primaria?
- ¿Existe relación entre la depresión postparto y la presencia de COVID en puérperas de un centro de atención primaria?

1.2.4. Tipo de investigación:

Observacional, Analítico y Transversal

1.2.5. Diseño de investigación:

Estudio Descriptivo

2. JUSTIFICACIÓN DEL PROBLEMA

- **Originalidad:**

Cada año se evidencia más la crisis en la que se encuentra la salud mental en nuestro país, con aumento en las cifras de pacientes con depresión siendo esta la primera causa de suicidios en nuestro medio, tristemente no es evidenciada a tiempo por falta de métodos de identificación precoz que nos lleven a una intervención terapéutica.

- **Científica:**

Aproximadamente a nivel mundial el 10 a 15 % de las mujeres desarrollan una depresión postparto, sabiendo la prevalencia de esta patología es reprochable no fortalecer las estrategias de prevención identificación y tratamiento temprano de esta patología.

- **Humana:**

Es nuestro deber como personal de salud prevenir e identificar precozmente la depresión postparto para tratarla oportunamente y así evitar la gran repercusión en todos los ámbitos del entorno de la mujer, contribuyendo también en adoptar medidas de prevención frente a esta patología.

- **Social:**

La depresión postparto que sufren las mujeres no debería pasar desapercibida dada la enorme repercusión que genera la presencia de esta en el entorno de una mujer, ya que no solo afecta a esta sino también a su vida marital, laboral y maternal; esta última pudiendo influir en la salud mental de su propio hijo.

- **Contemporánea:**

En la actualidad la mujer ha adquirido un rol muy importante en nuestra sociedad, siendo eje vital muchas veces en centro laboral y/o familiar por

lo que es de suma importancia que esta mantenga una óptima salud mental, siendo nuestro deber identificar cualquier factor que la esté afectando.

- **Factibilidad:**

Es factible llevar a cabo el estudio debido a que se cuenta con los instrumentos necesarios para ponerlos en práctica.

- **Interés Personal:**

A lo largo de mi carrera como médico he podido evidenciar los grandes cambios emocionales por los cuales pasa una mujer durante su etapa de embarazo, parto y puerperio; y las pocas herramientas que se le brinda para hacer estos más llevaderos y así evitar que desarrollen un cuadro de depresión postparto afectando no solo a la mujer sino también al infante y a todo su entorno.

3. MARCO CONCEPTUAL

3.1. Depresión

La depresión es una enfermedad frecuente en todo el mundo, pues se estima que afecta a un 3,8% de la población, incluidos un 5% de los adultos y un 5,7% de los adultos de más de 60 años. A escala mundial, aproximadamente 280 millones de personas tienen depresión. La depresión es distinta de las variaciones habituales del estado de ánimo y de las respuestas emocionales breves a los problemas de la vida cotidiana. Puede convertirse en un problema de salud serio, especialmente cuando es recurrente y de intensidad moderada a grave. Puede causar gran sufrimiento a la persona afectada y alterar sus actividades laborales, escolares y familiares. En el peor de los casos, puede llevar al suicidio. Cada año se suicidan más de 700 000 personas. El suicidio es la cuarta causa de muerte en el grupo etario de 15 a 29 años.

La depresión se manifiesta como un conjunto de síntomas que predominantemente son de tipo afectivo (tristeza patológica, apatía, anhedonia, desesperanza, decaimiento, irritabilidad, sensación subjetiva de malestar e impotencia frente a las exigencias de la vida) pudiendo estos presentarse en mayor o menos escala, así mismo también se puede evidenciar síntomas de tipo cognitivo, volitivo y somático, por lo que se

trata de una afectación global psíquica y física, siendo la de mayor repercusión la esfera afectiva (1,3).

La depresión se presenta como el conjunto de varios factores como los sociales, psicológicos y también biológicos que interaccionan entre sí. Personas que durante su vida se enfrentaron a situaciones adversas tienen una mayor probabilidad de presentar depresión. Generándose mayor estrés y disfunción llevando así a un empeoramiento de la situación de la persona afectada y por ende mayor depresión. Existe relación entre la salud física y la presencia de depresión, por ejemplo, personas que presentan enfermedades cardíacas pueden ser más propensas a presentar depresión y viceversa.

Para llegar al diagnóstico de trastorno depresivo leve suele este iniciarse con datos poco específicos como; una apariencia deteriorada, descuido del aspecto personal, tono de voz leve, llanto que se torna fácil y espontáneo, facie de tristeza, disminución la capacidad de atención, movimientos lentos, verbalización de ideas pesimistas, sueño alterado, dolores inespecíficos. La continuidad de los síntomas su gravedad y las alteraciones que se presenten a nivel social y funcional serán la clave para poder distinguir si se trata de algún cambio patológico o si es que obedece a un cambio ordinario.

En la práctica clínica los casos de depresión son fácilmente evidenciables, lo que es complicado es establecer si es una patología autónoma respecto a otras entidades psicopatológicas. Es común evidenciar la asociación del trastorno depresivo con la ansiedad. La depresión también puede estar asociada con el abuso de alcohol y otras sustancias, y con algunas enfermedades orgánicas cerebrales y sistémicas (2). Así mismo frecuentemente se ve asociada con trastornos de la conducta alimentaria y algunos trastornos de la personalidad (4). Además, las personas con enfermedad física crónica son más propensas de estar afectados por la depresión estableciéndose así una relación recíproca entre ambas, observándose que los problemas físicos son agravantes de la depresión y al mismo tiempo la depresión impacta negativamente el avance de la enfermedad física. Algunas patologías físicas tienen como factor de riesgo

a la depresión, entre las cuales se encuentran las enfermedades cardiovasculares (5).

La edad de mayor prevalencia de depresión se encuentra entre los 15 y 45 años, repercutiendo en la educación, la productividad, el funcionamiento y las relaciones personales; aunque esta puede presentarse en cualquier edad (6,3). Los síntomas a presentarse serán variables de acuerdo a la edad en que se presente el trastorno, mostrándose en los jóvenes síntomas predominantemente comportamentales, en cambio en los adultos mayores se presentarán síntomas de tipo somático mayormente (7,8).

Se ha demostrado que los índices de depresión disminuyen significativamente cuando se aplica un programa de prevención. Dentro de las principales estrategias con las que se cuenta para la prevención comunitaria se cita a los programas escolares que constituyen un modelo positivo en la etapa escolar para afrontar algún posible episodio de depresión. También se cuenta con estrategias de intervención hacia los padres de niños que presentan problemas en su conducta, estos pueden disminuir la presencia de sintomatología depresiva en los padres y como resultado mejorar la salud de sus niños. Así mismo existen programas para las personas de mayor edad que resultan muy eficaces en la prevención de la depresión. Clasificación del trastorno periparto:

A su vez la depresión postparto tiene una clasificación por lo que es importante diferenciarlas para un correcto diagnóstico y tratamiento.

3.2.1. Disforia Puerperal

Dentro de las principales características se puede observar ansiedad, emociones lábiles, así mismo cansancio y en algunas ocasiones animo depresivo. Generalmente suele presentarse durante los primeros días postparto de una forma abrupta, es de carácter transitorio y tiene un curso abreviado. Se observa una mayor sintomatología entre los días cuarto y quinto postparto, pudiendo presentarse durante algunos días más, luego remite espontáneamente al cabo de dos semanas es autolimitada. Está presente en mujeres alrededor de un 40 a 60 % de púerperas.

Este trastorno no representa incapacidad para los cuidados del recién nacido. No requiere tratamiento dado su periodo transitorio, se sugiere manejo psicoeducativo si los síntomas van en aumento.

3.2.2. Psicosis Posparto

La psicosis puerperal es la complicación psiquiátrica más grave del postparto, es considerada una emergencia psiquiátrica, el 70% de las mujeres que la presenta tiene antecedentes de un trastorno bipolar (21). Se presenta aproximadamente en 0,1 a 0,2% mujeres posteriores al parto (22), existe un riesgo de infanticidio de un 4%.

Los principales factores de riesgo son el antecedente previo de una psicosis posparto o de un Trastorno Afectivo Bipolar (23), antecedente de trastorno esquizoafectivo e historia familiar de trastornos afectivos. Se caracteriza por ser un cuadro de aparición brusca y temprana durante el segundo o tercer día posparto. En la mayoría de las mujeres se presenta durante las primeras dos semanas, aunque puede iniciarse incluso hasta el sexto mes.

Puede iniciarse con insomnio o dificultad para descansar junto con irritabilidad, inestabilidad de ánimo, conductas suspicaces, signos de confusión, síntomas de exaltación y/o maníacos, o mixtos que evolucionan hacia depresivos. Después de la fase inicial, generalmente de una semana, aparecen las ideas delirantes y/o alucinaciones generalmente auditivas relacionadas con el bebé (23).

La psicosis postparto representa un alto riesgo suicida o infanticida por lo que su manejo será de índole hospitalario.

3.2.3. Depresión Postparto

Los signos y síntomas de la depresión posparto son similares a la depresión que se presenta en otras etapas de la vida. Se caracteriza por desánimo, pérdida de motivación e interés, irritabilidad, labilidad emocional y aparición de sentimientos de incapacidad y/o inutilidad relacionada con el cuidado del bebé, lo que se asocia a ideas de culpa y temor a producirle daño. Puede coexistir con angustia de separación severa y ansiedad importante en relación a los cuidados

y bienestar del hijo. Por lo general, se presenta durante el primer mes posterior al parto, alcanzando una intensidad máxima entre las 8 y 12 luego de nacimiento (19). La prevalencia mundial es entre 10-20% (19) , aumentando un 26% en madres adolescentes. Estudios nacionales concluyen que en niveles socioeconómicos bajos aumenta el riesgo de aparición hasta en un 41% (20). El mayor factor de riesgo para el desarrollo de una depresión posparto es la depresión en el embarazo, aunque hay otros factores de riesgo a considerar como: antecedentes previos de depresión con o sin tratamiento, eventos estresantes negativos durante el embarazo, eventos de estrés durante el puerperio inmediato, parto prematuro, complicaciones del recién nacido, baja red de apoyo, disfunción familiar o de pareja (18).

3.2.3.1. Etiología

A pesar de que se han descrito una serie de factores asociados, no es posible distinguir una única causa que explique la ocurrencia de DPP. A diferencia de otros trastornos psiquiátricos presentes en el embarazo y postparto los cuales han demostrado una relación muy fuerte en los aspectos biológicos, la Depresión Post Parto continúa siendo de etiología multifactorial teniendo una relación estrecha con los factores psicosociales.

- **Factores Biológicos**

Los cambios hormonales producidos durante el embarazo tienen que ver con un aumento de la progesterona y la disminución de los estrógenos. La progesterona actúa a nivel de los receptores específicos en neuronas de corteza, sistema límbico, hipotálamo e hipófisis y tienen una acción sedante, hipnótica y anticonvulsivante. Los días siguientes al parto las concentraciones plasmáticas de estrógenos y progesterona caen de manera considerable para alcanzar tasas 100 veces más bajas que aquellas que existen en el preparto. Por este hecho, muchas hipótesis hormonales han sido propuestas como el origen de las psicosis puerperales:

unas se centran en las modificaciones de las tasas de

progesterona y/o de estrógenos, otras valoran cambios en el eje tiroideo, en las tasas de gonadotropinas, de prolactina o de corticoides circulantes. Los estrógenos son receptores específicos en neuronas de corteza, sistema límbico, hipotálamo e hipófisis, inducen plasticidad sináptica y dendrítica y regulan densidad de receptores, aumentan niveles de N-adrenalina y Acetilcolina, disminuyen actividad de MAO y aumentan los niveles de Beta-endorfinas. Las alteraciones del metabolismo de las indolaminas se han implicado en la génesis de algunas enfermedades depresivas, con una síntesis reducida de la 5-OH-triptamina cerebral y posibles niveles disminuidos de triptófano libre en plasma. Handley confirma en las mujeres que han tenido un blues postparto severo y en aquellas que están deprimidas 6 meses después del parto, la ausencia del pico de elevación normal del triptófano total en los dos primeros días siguientes al alumbramiento (24).

Hormonas reproductivas: el rápido descenso en los niveles de las hormonas gonadales luego del parto ha llevado a muchos autores a sugerir una posible relación de esta disminución con los cambios en el estado de ánimo de las mujeres durante el puerperio (25). En el embarazo los niveles de estrógenos son más bajos en mujeres con trastornos del sueño y más elevados en mujeres con mayor grado de irritabilidad con respecto a los niveles en gestantes normales. Por otra parte, se ha encontrado una mayor caída de progesterona luego del parto en mujeres que presentan depresión post parto en comparación con púerperas normales (27).

Eje hipotálamo-hipófisis-adrenal: varios estudios reportan una asociación entre los niveles de glucocorticoides y el estado del ánimo en el puerperio; por ejemplo, se ha encontrado correlación entre niveles elevados de cortisol en plasma, saliva y orina en mujeres que

experimentan cambios de ánimos positivos en los primeros días posparto (28).

Otros factores, como niveles altos de AMP cíclico urinario en los primeros días posparto, y bajos niveles de triptófano, ácido fólico, betaendorfina y T3 libre durante el embarazo y el puerperio, también han sido implicados en la etiopatogenia de la depresión puerperal (26, 27).

- **Factores Psicosociales**

Existen varios factores de riesgo cuya presencia ha sido asociada con la depresión post parto, si bien cualquier mujer puede desarrollar este trastorno, eventos vitales estresantes (rupturas amorosas, pérdida del trabajo, muerte de un ser querido, migración, etcétera) durante el embarazo o el puerperio temprano, bajos niveles de apoyo social y una historia previa de depresión son factores asociados a depresión post parto (29). Es una etapa en la que hay un conflicto de intereses entre las necesidades y aspiraciones individuales y la obligación de asumir una nueva responsabilidad. Igualmente, pueden surgir dudas sobre la capacidad personal para ejercer los cuidados que el recién nacido precisa, por lo que hay una mayor predisposición para que haya estrés psicológico, lo que a su vez determina que sea una etapa de mayor vulnerabilidad para la posible aparición de ansiedad y depresión (26). El embarazo supone un proceso de adaptación que pondrá a prueba las capacidades de la mujer con implicación de factores biológicos, psicológicos, culturales y psicosociales. En la sociedad actual, los diferentes papeles de la mujer con una mayor exigencia en el mercado laboral, que en muchas ocasiones no incluyen la perspectiva de ser madre, pueden facilitar una sobrecarga psicológica (30).

3.3.3.1. Diagnóstico

El diagnóstico de esta condición, se deben tomar en cuenta tanto elementos conductuales como orgánicos. Dentro de los

conductuales los más comunes Son humor depresivo, falta de interés o placer en actividades, alteración del sueño, pérdida de energía, agitación o retraso psicomotor, sentimientos excesivos de culpa, disminución de la concentración e ideas suicidas (31). En relación con los factores de tipo orgánico, se puede mencionar el hipotiroidismo y variaciones en el metabolismo de hormonas tiroideas, así como, cambios en funciones neurotransmisoras y disminución de algunas citoquinas inflamatorias (32). Por otra parte, al ser la Depresión posparto un problema de salud pública y dadas las repercusiones en el bienestar de la madre y del bebé es importante realizar un diagnóstico temprano y oportuno (33). Sin embargo, existe una percepción errónea de que este trastorno está asociado con debilidad y una inadecuada maternidad, por lo cual muchas mujeres reprimen los sentimientos de tristeza para no ser juzgadas (34). A pesar de que la condición se puede desarrollar en los primeros 12 meses posterior al parto, generalmente, los síntomas empiezan a aparecer en las primeras dos semanas después de que el bebé nace (33). No obstante, Meléndez et al (35) afirma que se puede manifestar durante el parto hasta las cuatro semanas posparto, dentro de esta etapa los síntomas más frecuentes son la tristeza, el llanto, poca expresividad y rechazo al recién nacido. Por lo tanto, para lograr una detección temprana, es necesario realizar un examen entre el tercer y sexto día poshospitalario (31). Además, según Seras et al (36) la Depresión posparto es un padecimiento frecuente pero insuficientemente detectada. Debido a lo anterior, es prioritario abordar temas que planteen medidas para detectar, atender y comprender este trastorno. Para realizar un adecuado diagnóstico González y colaboradores (44) plantean una serie de instrumentos, entre los cuales se encuentran la Entrevista Clínica Estructurada, la Escala de Depresión Posparto, la Escala de Depresión del Centro de Estudios Epidemiológicos, el Cuestionario de Depresión de Beck II y el Cuestionario sobre la Salud del Paciente. Sin embargo, en vista de su

rapidez y facilidad tanto de aplicación como de compresión, actualmente la más empleada es la Escala de Depresión Posnatal de Edimburgo (37). De esta manera, la Escala de Depresión Posnatal de Edimburgo consiste en 10 preguntas relacionadas con disforia, ansiedad, sentimientos de culpa, ideas suicidas y concentración (37). Por otra parte, Solano et al (31) indican que el proceso de Valoración de depresión posparto es similar al proceso de valoración de depresión en pacientes que no estén en este periodo. Dicha evaluación, trata asuntos de historial médico – psiquiátrico y general, examen físico y estado mental; además, incluye pruebas de laboratorio para descartar una afección médica general que presente síntomas similares (38). Además de la identificación de comportamientos negativos, para realizar el diagnóstico también es necesario prestar atención a conductas positivas. niveles elevados de autoestima maternal, buenas relaciones de pareja, percepción materna de apoyo y alimentación del bebé con lactancia maternal (44). En este punto, para desarrollar un diagnóstico adecuado, también es importante conocer aspectos del entorno social y familiar de la madre (33).

3.3.3.2. Tratamiento

A partir de los resultados obtenidos, en caso de que la madre padezca de depresión posparto se toman diversas medidas según la severidad del caso. Si presenta síntomas leves, normalmente, son referidas al departamento de urgencias en donde se le asigna una consulta psiquiátrica para una mayor evaluación (31). Mientras que, si se trata de un caso severo se recurre a la hospitalización del paciente para así disminuir el riesgo de suicidio (39). Por otro lado, la depresión posparto posee dos diagnósticos diferenciales: depresión posparto leve-moderada y depresión posparto severa (31). En el primer caso, los pacientes no presentan ideas suicidas, deterioro del funcionamiento y complicaciones psicóticas (40). Algunos de los tratamientos para este diagnóstico son la terapia cognitivo-conductual, psicoterapia interpersonal, asesoramiento no

directivo y psicoterapia psicodinámica. En relación con la depresión posparto severa, los pacientes a menudo presentan pensamientos suicidas, deterioro grave del funcionamiento y mal juicio, los factores anteriores están asociados a un riesgo de daño inminente (31). Para la atención de estos casos se recomienda el uso de fármacos antidepresivos (41). No obstante, antes de recetar estas sustancias debe analizarse cada paciente individualmente, debido a que en ocasiones se han detectado riesgos para el lactante (33). Por otra parte, González et al (44) considera que el tratamiento debe estar consolidado tanto por terapia psicológica como por farmacología.

3.3.3.3. Prevención

Para minimizar esta problemática se pueden establecer una serie de medidas con el fin de prevenir la aparición del trastorno. Entre las prácticas que se pueden llevar a cabo está apreciar la maternidad, así como reconocer el valor que la madre sigue teniendo como ser humano (46). Además, se puede recurrir a la implementación de programas que brinden apoyo a las madres después del parto, promover el empoderamiento social de la mujer y actividades que fortalezcan el vínculo entre la madre y el bebé (42). Por otra parte, la sociedad también juega un rol importante en la forma en la que se maneja la gestación y los efectos de esta. De manera que, es importante consolidar redes de apoyo, así como replantearse las presiones de perfección asociadas a la maternidad, ya que estos elementos funcionan como estresores adicionales y pueden ser un limitante para buscar ayuda (33). Lo anterior dificulta alcanzar un tratamiento efectivo, lo que perturba el bienestar de la mamá, el bebé y el núcleo familiar (45). Con base en lo anterior, se resalta la importancia de considerar las implicaciones de la depresión posparto para los hombres padres, otros hijos y el bebé, ya que son los de mayor proximidad a la mujer (43).

4. ANÁLISIS DE ANTECEDENTES INVESTIGATIVOS

4.1 A nivel local:

Título: “PREVALENCIA DE LA DEPRESIÓN POST PARTO EN AREQUIPA, PERÚ” (2018).

Autor: “María Alejandra Masías Salinas, Walter L. Arias Gallegos” (2018).

Resumen: “**Objetivos:** Determinar la prevalencia de la depresión postparto en mujeres púerperas de la ciudad de Arequipa. **Material y métodos:** Estudio descriptivo. Se evaluaron a 113 madres que acudieron a sus controles postnatales en una posta de salud de la ciudad. Se utilizó la Escala de Depresión Postparto de Edimburgo, previo consentimiento informado. Para efectos del estudio, se valoraron las propiedades psicométricas del instrumento, reportándose adecuados niveles de validez y confiabilidad para la muestra evaluada. **Resultados:** Los resultados indican que aproximadamente, el 41% de las madres no tiene riesgo de depresión postparto, 14% presenta riesgo y 45% tiene síntomas de depresión postparto. Asimismo, se encontró que el grado de instrucción se relaciona de manera negativa con los niveles de depresión postparto, pero no hubo diferencias significativas en función del tipo de parto ni el estado civil de las madres. **Conclusiones:** Se concluye que el 45% de las mujeres púerperas evaluadas tienen síntomas de depresión postparto y que el grado de instrucción presenta correlaciones negativas con esta variable” (42).

Título: “FRECUENCIA Y FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS A DEPRESIÓN POSTPARTO EN PACIENTES DEL SERVICIO DE OBSTETRICIA DEL HOSPITAL BASE CARLOS ALBERTO SEGUÍN ESCOBEDO DE AREQUIPA 2018” ().

Autor: “Fernández Franco, Oscar Andrés” ().

Resumen: “Debido al desarrollo y aumento de la patología de salud mental a nivel internación y nacional, además de la falta de detección en los centros de atención primaria, es que muchas veces la depresión en púerperas pasa desapercibida. En el presente estudio se buscará conocer la prevalencia y además reconocer los factores tanto obstétricos como sociodemográficos, los cuales se encuentran presentes en las púerperas del Hospital Base Carlos Alberto Seguin Escobedo de Arequipa, durante el año 2018, utilizando la escala de Edimburgo, la cual en la actualidad ya no solo ha sido validada en población normal, sino en gestantes. Con estos datos se podrá dar un mayor enfoque tanto al tratamiento y sobre todo a la prevención de la depresión en púerperas” (47).

4.2 A nivel nacional:

Título: “Depresión postparto y factores asociados durante la pandemia covid19 en puérperas atendidas en el Hospital Cayetano Heredia, Lima, Perú” ().

Autor: “Fiorella Stephani Orihuela Carpio” ().

Resumen: “Introducción: La depresión posparto es un trastorno psiquiátrico frecuente, con una prevalencia de 20 a 25%, en algunos casos, es alrededor de 40% de la población de mujeres puérperas. Este es el trastorno psiquiátrico más frecuente en las mujeres durante la etapa perinatal. Este trastorno es un problema de salud pública, pero a pesar de su elevada prevalencia existen fallas en su detección adecuada y oportuna. Cabe recalcar, la importancia de su detección oportuna ya que algunos estudios han identificado deterioro del vínculo materno infantil de las mujeres afectadas y de las relaciones afectivas con el resto de sus familias. Para la evaluación de la depresión posparto habitualmente se utiliza la Escala de Depresión Posnatal de Edimburgo, que es usada a nivel mundial para la identificación de depresión posparto, es un instrumento sencillo y accesible. Objetivo: Determinar la frecuencia de depresión posparto y sus factores asociados en mujeres con un periodo posparto de 6 meses, atendidas en el Servicio de Obstetricia del Hospital Cayetano Heredia. Materiales y métodos: Será un estudio descriptivo, transversal. Se recopilará en la ficha de recolección de datos demográficos, información como edad, ocupación, estado civil, nivel educativo, tipo de parto, número de hijos, edad gestacional del recién nacido, ser migrante, enfermedad física crónicas, episodio depresivo previo al embarazo y haber recibido tratamiento. Se aplicará la escala de depresión posnatal de Edimburgo y el inventario de depresión de Beck para diagnosticar este trastorno y evaluar su gravedad” (48).

Título: “Factores asociados a depresión postparto durante la pandemia covid19, Hospital Albrecht” ().

Autor: “Morillo Cruz, Elmer Junior” ().

Resumen: “Objetivo: Estimar los factores asociados a depresión postparto en puérperas del Hospital Albrecht de Trujillo, durante la pandemia por COVID-19. Métodos: Se desarrolló un estudio descriptivo, observacional, transversal y prospectivo. Se incluyeron a puérperas inmediatas atendidas en el Departamento de Ginecología y Obstetricia del hospital Albrecht durante el mes de diciembre del 2020 al mes de febrero del 2021. Se estudió el nivel de depresión postparto mediante la escala de depresión posparto de Edimburgo, además de variables secundarias como características sociodemográficas, antecedentes personales, antecedentes gineco- obstétricos,

características del producto y eventos en torno a la pandemia por COVID-19. Se aplicó el cuestionario previa firma de consentimiento informado. Para la obtención de resultados para las variables cualitativas se presentaron en tablas simples y cruzadas con frecuencias simples y porcentuales con representación gráficas de barras o circulares. Para variables cualitativas se usó la prueba Chi Cuadrado de Pearson y para la variable cuantitativa la prueba U de Mann-Whitney. La prueba será significativa si el valor- $p \leq \alpha = 0.05$. Para las variables cuantitativas se utilizó medianas y rango intercuartílico. Resultados: De un total de 153 púérperas encuestadas un 38% tuvo depresión posparto, con respecto a las características sociodemográficas, antecedentes personales, antecedentes Gineco-obstétricos, características del producto y eventos relacionados a la pandemia, no se encontró asociación estadísticamente significativa entre estos factores y la presencia de depresión posparto” (49).

4.3 A nivel Internacional:

Título: “Factores de riesgo asociados a la depresión post parto, en mujeres que asisten a centros de atención primaria en la ciudad de Arica - Chile” ().

Autor: “Stephanie Bustos Rementería¹ , Nataly Jiménez Ponce” ().

Resumen: “El propósito de este estudio fue investigar los factores de riesgo asociados a la Depresión Post Parto en púérperas inscritas en Centros de Atención Primaria de la ciudad de Arica. Este estudio corresponde a un diseño experimental correlacional ex post-facto. Los Instrumentos utilizados fueron: Edinburgh que mide síntomas depresivos, Cuestionario de Satisfacción con la Pareja y una encuesta para recabar antecedentes Sociodemográficos y Anamnésticos. Los resultados indicaron que las variables asociadas de manera estadísticamente significativa con la Depresión Post-Parto guardan relación con factores anamnésticos, específicamente con el deseo del embarazo, diagnóstico previo de depresión, intento de aborto del hijo recién nacido y método utilizado para la nutrición. A diferencia de otras investigaciones no resultaron significativos los antecedentes Sociodemográficos y la Satisfacción con la Pareja. Finalmente, los resultados permiten establecer que existen factores de riesgo relacionados con la historia personal de las madres que inciden en el surgimiento de la Depresión Post Parto. Esto da cuenta de la importancia de desarrollar actividades que permitan un seguimiento eficaz y estrategias de prevención de trastornos depresivos asociados a la maternidad” (50).

Título: “Prevalencia de tamiz positivo para Depresión Postparto en un Hospital de tercer nivel y posibles factores asociados, Colombia” (2015).

Autor: “Robert Alirio Ortiz Martinez, Cristal Ximena Gallego Betancourt, Ednna Lizeth Buitron Zuniga, Yohana Daisury Meneses Valdes, Nestor Felipe Munoz Fernandez, Maria Alejandra Gonzales Barreda” (51).

Resumen: “La Depresión Posparto (DPP) es un importante trastorno de salud, con una prevalencia tres veces más alta en los países en desarrollo, se considera de etiología multifactorial, afecta tanto el bienestar materno como la salud, el comportamiento y el desarrollo del niño, se han reconocido la influencia de los factores biológicos, psicológicos y sociales en el origen de la DPP y sus implicaciones, con diferente prevalencia reportadas de acuerdo a las características de la población estudiada. Objetivo: Determinar la prevalencia DPP en el hospital Universitario San José de Popayán (HUSJ) y explorar que posibles factores asociados están relacionados con el desarrollo de la misma. Materiales y métodos: A través de un estudio trasversal en un hospital de nivel III, con una muestra de 194 púerperas, durante el periodo de Enero a Junio del 2015, a quienes se les aplicó la escala de depresión de Edimburgo, tomando como tamiz positivo un punto de corte de 10 o más, además de recopilar las características sociodemográficas, se les aplicó escala de apoyo social. Se estimó la prevalencia de periodo de DPP y se realizó exploración de los factores asociados a DPP por medio de análisis bivariado. Con base en el bivariado y por medio de regresión logística se generaron tres diferentes modelos multivariados (biológico, psicológico y social). Para seleccionar las variables incluidas en cada uno de estos, se tomaron en cuenta criterios teóricos y estadísticos. Resultados: Se encontró una prevalencia de tamiz positivo para DPP de un 40,20% IC 95%; 33%-47%, posibles factores asociados a esta tenemos: patología obstétrica de alto riesgo ORa = 2,11; IC95%, 1,11-4,01, neonato hospitalizado ORa = 1,95; IC95%, 1,01-3,76, pobre apoyo social ORa 12,92 IC 95%, 3,61-46,17, no poder lactar ORa = 2,85, IC95%, 1,29-6,25, raza negra/indígena ORa 3,13 IC 95% 1,32-7,41, nivel educativo menor a 5 años ORa 2,20; IC 95% 1,03-4,68, y régimen subsidiado ORa 2,61, IC95%, 1,17-5,79. Conclusión: La prevalencia de DPP es más alta que la encontrada en países desarrollados, y es similar a la de los latinoamericanos incluyendo Colombia, la pobreza, las minorías étnicas, pobre apoyo social y el resultado adverso materno y neonatal son los posibles asociados (51).

5. OBJETIVO

5.1. Objetivo Principal:

- Determinar los factores relacionados a depresión posparto en un centro de atención primaria

5.2. Objetivos Específicos:

- Determinar la relación entre la Depresión Posparto y los antecedentes personales de las puérperas de un centro de atención primaria.
- Determinar la relación entre la Depresión Posparto y los antecedentes gineco-obstétricos de las puérperas de un centro de atención primaria.
- Determinar la relación entre la Depresión Posparto y presencia de COVID, en las puérperas de un centro de atención primaria.

6. HIPÓTESIS

6.1.H1: Los antecedentes personales, obstétricos y los eventos relacionados a la pandemia son factores asociados a depresión postparto durante la pandemia por covid19.

6.2.Ho: Los antecedentes personales, obstétricos y los eventos relacionados a la pandemia no son factores asociados a depresión postparto durante la pandemia por covid19.

III. PLANTEAMIENTO OPERACIONAL

1. TÉCNICAS, INSTRUMENTOS Y MATERIALES DE VERIFICACIÓN

1.1. Técnicas:

Mediante una entrevista con el paciente se aplicará la Escala de Depresión PosParto de Edimburgo y la aplicación de una ficha de recolección de datos, la cual será una encuesta.

1.2. Instrumentos:

Se aplicará la Escala de Depresión PosParto de Edimburgo. Esta Escala se creó para asistir a los profesionales de la atención primaria de salud en la detección de las madres que padecen de depresión de postparto, la cual ha sido utilizada y validada por muchos años para el estudio de esta patología. En el Anexo 1 se puede encontrar la Escala.

Además, se utilizará una Ficha de Recolección de Datos, entregada a las Puérperas que ingresen al estudio.

1.3. Materiales:

- Impresora multifuncional.
- Hojas de papel bond 75gr

- Lapiceros, tablas portapapeles.
- Laptops.
- Microsoft Office, Programa SPSS versión 25.

2. CAMPO DE VERIFICACIÓN

2.1. Ubicación espacial:

Centro de Salud de Mariano Melgar, Arequipa.

2.2. Ubicación temporal:

El estudio se realizará entre los meses de marzo a junio 2022.

2.3. Unidades de estudio:

Puérperas atendidas en el Centro de Salud de Mariano Melgar, Arequipa.

2.4. Población:

2.4.1. Universo:

Mujeres con periodo postparto de hasta 6 meses atendidas en el Centro de Salud de Mariano Melgar, Arequipa entre los meses de marzo a junio del 2022

2.4.2. Muestra:

Muestra obtenida al azar mediante técnica de muestreo probabilístico, 200 casos.

2.4.2.1. Criterios de inclusión:

- Mujeres puérperas de hasta 6 meses atendidas en consulta externa del Centro de Salud Mariano Melgar.
- Mujeres puérperas que lleven a sus hijos a control de crecimiento y desarrollo. puérperas que aceptaron participar voluntariamente en el estudio.

2.4.2.2. Criterios de exclusión:

- Puérperas con trastornos psiquiátricos diagnosticados previamente antes del parto.
- Fichas de recolección de datos y cuestionarios incompletos.

3. ESTRATEGIA DE RECOLECCIÓN DE DATOS ORGANIZACIÓN

3.1. Organización:

Elaboración de Proyecto de Tesis. Aprobación de Proyecto por parte de docente encargado de Taller de Tesis. Evaluación por el Comité de Ética de la Investigación de la UCSM, así mismo levantamiento de observaciones dadas por dictaminador asignado. Solicitar autorización del jefe de Centro de Salud de Mariano Melgar para la aplicación del presente proyecto para posteriormente ejecutarlo. Sistematización, procesamiento y análisis de resultados para elaboración de informe final.

3.2. Recursos

3.2.1. Humanos:

Dra Narby Lidia Medina Rosado

3.2.2. Institucionales:

Dr. Woodward Paja Callo

3.2.3. Materiales:

Cuestionarios, fichas de recolección de datos, material de escritorio lapicero, hojas bond, borrador, laptop con programa procesador de texto y programa estadístico SPSS versión 25.

3.2.4. Financieros:

Autofinanciamiento

3.3. Validación de los Instrumentos

La Escala de Depresión Postnatal de Edimburgo ha sido recomendada para una evaluación inicial de los síntomas depresivos porque son los más ampliamente estudiados en la investigación de estos cuadros en la etapa perinatal. En especial, esta escala ha sido ampliamente probada, traducida y utilizada en más de 23 países para identificar a las mujeres que podrían estar cursando una depresión en el posparto además de haber sido ampliamente validada como una herramienta efectiva para la detección de depresión en los tres trimestres del embarazo.

3.4. Criterios para manejo de resultados

3.4.1. Plan de Procesamiento:

Los datos obtenidos de la ficha de recolección de datos y cuestionario de Edimburgo serán ingresados y tabulados en el programa estadístico SPSS versión 25 para su posterior análisis e interpretación de resultados.

IV. CRONOGRAMA

ACTIVIDADES	2021				
	Febrero	Marzo	Abril	Mayo	Junio
Búsqueda de antecedentes	X				
Elaboración del Proyecto	X				
Presentación del Proyecto	X				
Autorización Comité de Ética		X			
Autorización del Hospital Presentación de proyecto		X			
Recolección de datos		X	X	X	
Análisis de los datos					X
Discusión de resultados					X
Elaboración del informe final					X

V. REFERENCIAS

1. National Collaborating Centre for Mental Health. Depression. The treatment and management of depression in adults. London: The British Psychological Society; 2009. Informe No.: 90
2. World Health Organization. Depression. Geneva: World Health Organization; 2013 [citado 10 dic 2013]. Disponible en: <http://www.who.int/topics/depression/en/>
3. Marcus M, Yasamy MT, Ommeren Mv, Chisholm D, Saxena S, WHO Department of Mental Health and Substance Abuse. Depression. A Global Public Health Concern. Geneva: WHO.
4. Kessler RC, Chiu WT, Demler O, Merikangas KR, Walters EE. Prevalence, severity, and comorbidity of 12-month DSM-IV disorders in the National Comorbidity Survey Replication. Arch Gen Psychiatry. 2005;62(6):617.
5. Egede LE. Major depression in individuals with chronic medical disorders: prevalence, correlates and association with health resource utilization, lost productivity and functional disability. General Hospital Psychiatry. 2007;29:409-16.
6. Patten SB, Kennedy SH, Lam RW, O'Donovan C, Filteau MJ, Parikh SV, et al. Canadian Network for Mood and Anxiety Treatments (CANMAT) Clinical Guidelines for the Management of Major Depressive Disorder in Adults. I. Classification, Burden and Principles of Management. J Affect Disord. 2009;117 Suppl 1:S5-14.
7. Serby M, Yu M. Overview: depression in the elderly. Mt Sinai J Med. 2003;70(1):977-86.
8. Hegeman JM, Kok RM, van der Mast RC, Giltay EJ. Phenomenology of depression in older compared with younger adults: meta-analysis. Br J Psychiatry. 2012;200(4):275-81.

9. Wisner KL, Perel JM, Peindl KS, Hanusa BH, Piontek CM, Findling RL. Prevention of Postpartum Depression: A Pilot Randomized Clinical Trial. *Am J Psychiatry* 2004; 161: 1290-2.
10. Asociación Americana de Psiquiatría. Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales, quinta edición (DSM-V). Arlington-EE.UU., 2013. Disponible en: www.dsm.psychiatryonline.org. [Consultado en julio de 2014].
11. Asociación Americana de Psiquiatría. Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales, cuarta edición revisada. Breviario (DSM-IV-TR). Barcelona, España: Editorial Masson S.A.; 2003. p. 191-2.
12. Wisner KL, Parry BL, Piontek CM. Clinical Practice. Postpartum depression. *N Engl J Med* 2002; 347: 194-9.
13. Josefsson A, Berg G, Nordin C, Sydsjö G. Prevalence of depressive symptoms in late pregnancy and postpartum. *Acta Obstet Gynecol Scand* 2001; 80 (3): 251-5.
14. Troutman B, Cutrona CE. Nonpsychotic postpartum depression among adolescent mothers. *Journal of Abnormal Psychology* 1990; 99: 69-78.
15. Hobfoll SE, Ritter C, Lavin J, Hulsizer MR, Cameron RP. Depression prevalence and incidence among inner-city pregnant and postpartum woman. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 1995; 63 (3): 445-53.
16. Lee DTS, Yip ASK, Chiu HFK, Leung TYS, Chung KH. A Psychiatric Epidemiological Study of Postpartum Chinese Women. *Am J Psychiatry* 2001; 158: 220-6.
17. Patel V, De Souza N, Rodrigues M. Postnatal depression and infant growth and development in low income countries: a cohort study from Goa, India. *Arch Dis Child* 2002; 87: 1-4.

18. Lancaster C, Gold K, FlynnH, Yoo H, Marcus S. Risk factors for depressive symptoms during pregnancy: a systematic review. *Am J Obstet Gynecol.* 2010; 202(1):5-14.
19. Wisner KL, Parry BL, Piontek CL. Clinical Practice. Postpartum depression. *N Engl J Med.* 2002; 347(3):194-9.
20. Jadresic E, Araya R. Prevalencia de depresión postparto y factores asociados en Santiago, Chile. *Rev Med Chile.* 1995;123: 694-699.
21. ACOG American College of Obstetricians and Gynecologists Annual Meeting April 28, 2018, conference by Moore Simas MD, MPH, , FACOG, on Depression and Bipolar Screening in pregnancy.
22. Kendell RE, Chalmers JC, Platz C. Epidemiology of puerperal psychosis. *BrJ Psychiatry.* 1987;150: 662-73.
23. Doucet S, Dennis CL, Letourneau N, Blackmore ER. Differentiation and clinical implications of postpartum depression and postpartum psychosis . *J Obstet gynecol Neonatal Nurs.* 2009;38(3): 269-79.
24. Barra F., Barra L., Solís J. Depresión Posparto. Hacia un Tratamiento Integral. *Actualizaciones en Psicoterapia Integrativa.* 2009; (1): 77-88.
25. Escobar J., Pacora P., Custodio N., Villar W., “Depresión posparto: ¿se encuentra asociada a la violencia basada en género? Hospital Nacional Docente Madre Niño San Bartolomé, Lima, Perú.” *Anales de la Facultad de Medicina.* 2009; 70 (2): 2632.
26. Steiner M. “Postnatal depression: a few simple questions.” *Fam Pract* 2002;19:469-470.
27. Gómea A. Depresión en el Embarazo y el Posparto, Síntomas, Epidemiología y tratamiento farmacológico. *O F F A R M.* 2007; 26(1): 44-53. Disponible en:
http://apps.elsevier.es/watermark/ctl_servlet?_f=10&pid=articulo=13097330&pid_usuario=0&pcontactid=&pid_revista=4&ty=98&accion=L&origen=

n=zonadelectura&web=zl.elsevier.es&lan=es&fichero=4v26n01a1309733
0pdf001. pdf

28. Hay DF, Pawlby S, Angold A, Harold GT, Sharp D. Pathways to violence in the children of mothers who were depressed postpartum. *Dev Psychol.* 2003;39: 1083-1094.
29. Evans G. Depresión Posparto Realidad en el Sistema Público de Atención de Salud. *Revista Chilena de Obstetricia y Ginecología.* 2003; 68(5): 491 – 494.
30. Ferrando L. “La depresión en la mujer. Psiquiatría y Atención Primaria”. 2003; 4:4-9.
31. Solano, M. S., Mejía, A. L. P., y Madrigal, J. C. (2019). Abordaje clínico y manejo de la depresión posparto. *Revista Médica Sinergia,* 4(6), 90-99.
32. Bourget, D., Grace, J., y Whitehurst, L. (2007). A review of maternal and paternal filicide. *Journal American Academy of Psychiatry and The Law,* 35(1), 74.
33. Mendoza, C., y Saldivia, S. (2015). Actualización en depresión posparto: el desafío permanente de optimizar su detección y abordaje. *Revista médica de Chile,* 143(7), 887-894.
34. Malpartida, A. M. K. (2020). Depresión posparto en atención primaria. *Revista Médica Sinergia,* 5(02), 355-355.
35. Meléndez, M., Díaz, M., Bohorjas, L., Cabaña, A., Casas, J., Castrillo, M., y Corbino, J. (2017). Depresión posparto y los factores de riesgo. *Salud,* 21(3), 7-12.
36. Lasheras, G., Sender, B. F., y Serra, B. (2014). Detección in situ de la depresión posparto (DPP) y alteración del vínculo materno-filial en el Hospital Universitario Quirón Dexeus. Resultados preliminares. *Cuadernos de medicina psicosomática y psiquiatría de enlace,* (109), 22- 31.

37. Dois, C. A. 2012. Actualizaciones en depresión posparto. *Rev Cub Obst y Ginecol*, 38(4), 576- 586.
38. Sines, E., Syed, U., Wall, S., y Worley, H. (2007). Postnatal care: A critical opportunity to save mothers and newborns. *Policy Perspectives on NewbornHealth*, 1(7).
39. Yonkers, K. A., Vigod, S., y Ross, L. E. (2012). Diagnosis, pathophysiology, and management of mood disorders in pregnant and postpartum women. *Focus*, 10(1), 51-66.
40. Putnam K, Robertson-Blackmore E, Sharkey K, Payne J, Bergink V., ... y Munk-Olsen T. 2015. Heterogeneity of postpartum depression: a latent class analysis. *Lancet Psychiatry*, 2(1). 67. [https://doi.org/10.1016/S2215-0366\(14\)00055-8](https://doi.org/10.1016/S2215-0366(14)00055-8)
41. Meltzer-Brody, S., y Jones, I. (2015). Optimizing the treatment of mood disorders in the perinatal period. *Dialogues in clinical neuroscience*, 17(2), 207.
42. Masías, S. M. A., y Arias, G. W. L. (2018). Prevalencia de la depresión posparto en Arequipa, Perú. *Revista Medica Herediana*, 29(4), 226-231.
43. Barbosa, M. A. R. D. S., y Ângelo, M. (2016). Experiencias y significados de la depresión posparto de mujeres en el contexto de la familia. *EnfermeríaGlobal*, 15(42), 232-255.
44. González, R. A., Tello, V. L., Salán, M. M., Fernández, P. F., del Rivero, V. D. C. A., y Díaz, M. N. F. (2017). Actualización en depresión posparto. *TIEMPOS DE ENFERMERÍA Y SALUD*, 1(3), 18-22.
45. Medina-Serdán, E. (2013). Diferencias entre la depresión posparto, la psicosis y la tristeza posparto. *Perinatología y reproducción humana*, 27(3), 185-193.
46. Nóbrega, M. 2009. La maternidad en la vida de las adolescentes: implicancias para la acción. Lima, *Rev Psicol*, 27(1), 29-54.

47. “Frecuencia y factores de riesgo asociados a Depresión Postparto en pacientes del Servicio de Obstetricia Del Hospital Base Carlos Alberto Seguí Escobedo De Arequipa 2018”, Fernández Franco, Oscar Andres- Cybertesis().
48. Depresión postparto y factores asociados durante la pandemia COVID 19 enpuérperas atendidas en el Hospital Cayetano Heredia, Lima, Perú”, FiorellaStephani Orihuela Carpio- Cybertesis ().
49. “Factores asociados a depresión postparto durante la pandemia covid19, Hospital Albrecht”, Morillo Cruz, Elmer Junior-Cybertesis().
50. “Factores de riesgo asociados a la depresión post parto, en mujeres que asisten a centros de atencion primaria en la ciudad de Arica - Chile”, Stephanie Bustos Rementería1 , Nataly Jiménez Ponce” ().
51. “Prevalencia de tamiz positivo para Depresión Postparto en un Hospital de tercer nivel y posibles factores asociados, Colombia”, Robert Alirio Ortiz Martinez, Cristal Ximena Gallego Betancourt, Ednna Lizeth Buitron Zuniga, Yohana Daisury Meneses Valdes, Nestor Felipe Munoz Fernandez, Maria Alejandra Gonzales Barreda ().
52. KAPLAN, H. I., SADOCK, B. J. Sinopsis de psiquiatría. 11º edición. Madrid: Panamericana-Williams & Wilkins, 2016.
53. Vallejo Ruiloba, J. INTRODUCCIÓN A LA PSICOPATOLOGÍA Y LA PSIQUIATRÍA (8ª Edición.) Editorial: MASSON 2015.

VI. ANEXOS

ANEXO 1: ESCALA DE DEPRESIÓN POSTNATAL DE EDIMBURGO.

Escala de Depresión Posnatal Edinburgh

Las premisas a continuación están dirigidas a explorar su estado emocional. Este cuestionario tiene diez premisas y cada pregunta tiene cuatro posibles respuestas. **Por favor marque (X) la respuesta que mejor represente como se ha sentido en los últimos 7 días y no sólo como se ha sentido hoy.** Le recordamos que toda la información que nos provea será estrictamente confidencial, su participación es totalmente voluntaria y puede negarse a responder en cualquier momento.

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

- Tanto como siempre _____ 0
No tanto ahora _____ 1
Sin duda, mucho menos ahora _____ 2
No, en absoluto _____ 3

2. He mirado al futuro con placer para hacer cosas:

- Tanto como siempre _____ 0
Algo menos de lo que solía hacerlo _____ 1
Definitivamente menos de lo que solía hacerlo _____ 2
Prácticamente nunca _____ 3

**3. Me he culpado sin necesidad cuando las cosas:
marchaban mal:**

- Sí, casi siempre siempre _____ 3
Sí, algunas veces siempre _____ 2
No muy a menudo siempre _____ 1
No, nunca siempre _____ 0

4. He estado ansiosa y preocupada sin motivo alguno:

- No, en absoluto _____ 0
Casi nada _____ 1
Sí, a veces _____ 2
Sí, muy a menudo _____ 3

5. He sentido miedo o pánico sin motivo alguno:

- Sí, bastante _____ 3
Sí, a veces _____ 2
No, no mucho _____ 1
No, en absoluto _____ 0

6. Las cosas me oprimen o agobian:

- Sí, la mayor parte del tiempo no he podido sobrellevarlas _____ 3
Sí, a veces no he podido sobrellevarlas _____ 2
No, la mayoría de las veces
he podido sobrellevarlas bastante bien _____ 1
No, he podido sobrellevarlas tan bien como lo
he hecho siempre _____ 0

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

- Sí, casi siempre _____ 3
Sí, a veces nunca _____ 2
No muy a menudo nunca _____ 1
No, en absoluto nunca _____ 0

8. Me he sentido triste y desgraciada:

- Sí, casi siempre _____ 3
Sí, bastante a menudo _____ 2
No muy a menudo _____ 1
No, en absoluto _____ 0

9. Me he sentido tan infeliz que he estado llorando:

- Sí, casi siempre _____ 3
Sí, bastante a menudo _____ 2
Ocasionalmente _____ 1
No, nunca _____ 0

10. He pensado en hacerme daño:

- Sí, bastante a menudo _____ 3
A veces _____ 2
Casi nunca _____ 1
No, nunca _____ 0

ANEXO 2: FICHA DE RECOLECCIÓN DE DATOS

RESPONDA LAS PREGUNTAS DE LA SIGUIENTE ENCUESTA, ESCRIBIENDO EN EL ESPACIO CORRESPONDIENTE SU EDAD Y MARCANDO LA OPCIÓN QUE CONSIDERE CON UNA “X” EN LOS RECUADROS.

1. ¿CUÁL ES SU EDAD? _____
2. ¿CUÁL ES SU ESTADO CIVIL?
SOLTERA ☐ SEPARADA ☐ VIUDA ☐ CASADA ☐ CONVIVIENTE ☐
3. ¿CÚAL ES SU GRADO DE INSTRUCCIÓN?
ANALFABETA ☐ PRIMARIA ☐ SECUNDARIA ☐ TÉCNICO/SUPERIOR ☐
4. ¿CÚAL ES SU OCUPACIÓN ACTUAL?
INDEPENDIENTE ☐ EMPLEADA ☐ SIN OCUPACIÓN ☐
5. ¿CÚANTOS HIJOS VIVOS TIENE USTED?
UNO ☐ DOS ☐ MÁS DE DOS ☐
6. ¿SU EMBARAZO FUE PLANIFICADO?
SÍ ☐ NO ☐
7. ¿CUÁNTOS CONTROLES PRENATALES TUVO EN ESTE EMBARAZO?
NINGUNO ☐ UNO A TRES ☐ CUATRO O MÁS ☐
8. ¿HA SIDO DIAGNOSTICADA DE ALGUNA ENFERMEDAD PSIQUIÁTRICA, (EJEMPLO DEPRESIÓN, ANSIEDAD) Y SI HA RECIBIDO MEDICACIÓN?
SÍ ☐ NO ☐
9. ¿QUÉ TIPO DE PARTO TUVO?
VAGINAL ☐ CESÁREA ☐
10. ¿CÓMO CONSIDERA QUE ES SU RELACIÓN CON EL PADRE DE SU RECIÉN NACIDO(A)?
BUENA ☐ MALA ☐
11. DURANTE SU EMBARAZO, ¿ALGUN FAMILIAR CERCANO HA TENIDO COVID-19?
SÍ ☐ NO ☐
12. DURANTE SU EMBARAZO, ¿HA SIDO DIAGNOSTICADA CON COVID-19?
SÍ ☐ NO ☐