



UNIVERSIDAD NACIONAL DEL ALTIPLANO

FACULTAD DE MEDICINA HUMANA

ESCUELA PROFESIONAL DE MEDICINA HUMANA



EMBARAZO NO PLANIFICADO ASOCIADO AL DESARROLLO DE DEPRESIÓN POSTPARTO EN PACIENTES ATENDIDAS EN EL HOSPITAL CARLOS MONGE MEDRANO JULIACA – 2023

TESIS

PRESENTADA POR:

Bach. CHELSEA DENYSE MELENDEZ VALDIVIA

PARA OPTAR POR EL TÍTULO PROFESIONAL DE:

MÉDICO – CIRUJANO

PUNO – PERÚ

2023



NOMBRE DEL TRABAJO

EMBARAZO NO PLANIFICADO ASOCIADO AL DESARROLLO DE DEPRESIÓN POST PARTO EN PACIENTES ATENDIDAS EN EL H

AUTOR

. CHELSEA DENYSE MELENDEZ VALDIVIA

RECuento DE PALABRAS

19146 Words

RECuento DE CARACTERES

105766 Characters

RECuento DE PÁGINAS

92 Pages

TAMAÑO DEL ARCHIVO

1.6MB

FECHA DE ENTREGA

Dec 21, 2023 10:28 AM GMT-5

FECHA DEL INFORME

Dec 21, 2023 10:30 AM GMT-5

● **17% de similitud general**


El total combinado de todas las coincidencias, incluidas las fuentes superpuestas, para cada base

- 15% Base de datos de Internet
- Base de datos de Crossref
- 11% Base de datos de trabajos entregados
- 2% Base de datos de publicaciones
- Base de datos de contenido publicado de Crossref

● **Excluir del Reporte de Similitud**

- Material bibliográfico
- Material citado
- Bloques de texto excluidos manualmente
- Material citado
- Coincidencia baja (menos de 10 palabras)


Mitro. Alfredo Tumi Figueroa
DIRECTOR (e)
UNIDAD DE INVESTIGACIÓN
FMH - UNA


Dr. Dante E. Hanceco Montroy
DOCENTE
FACULTAD DE MEDICINA HUMANA
UNA - PUNO



DEDICATORIA

A Dios, por darme la fortaleza que necesitaba en los buenos y malos momentos.

A mis padres Pedro Meléndez y Rosa Valdivia, quienes con su perseverancia y ejemplo me permitieron realizarme académicamente, dándome las herramientas para afrontar cada situación, estoy segura que mi agradecimiento con ellos será eterno. A mis hermanos Karen y Michel, quienes con su amor y cuidado me alientan a seguir adelante y dar lo mejor de mí.

A mis amigos Julieta, Mariela, Solmaría y Johann con quienes los retos presentados a lo largo de nuestra carrera fueron mas llevaderos y matizados con momentos inolvidables.

A todos aquellos quienes formaron parte de mi crecimiento.

Chelsea Denyse Meléndez Valdivia



AGRADECIMIENTOS

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

En primer lugar, a la Universidad Nacional del Altiplano, facultad de Medicina Humana, por su formación profesional.

Agradecer a mi asesor de tesis Dr. Dante Hanco Monroy, por su orientación, paciencia y apoyo constante a lo largo de todo el proceso de investigación. Sus valiosas sugerencias y comentarios han sido fundamentales para lograr los objetivos propuestos.

De igual forma agradezco a mi familia por siempre brindarme su apoyo.

Chelsea Denyse Meléndez Valdivia



ÍNDICE GENERAL

	Pág.
DEDICATORIA	
AGRADECIMIENTOS	
ÍNDICE GENERAL	
ÍNDICE DE TABLAS	
ÍNDICE DE FIGURAS	
ÍNDICE DE ACRÓNIMOS	
RESUMEN	11
ABSTRACT.....	12
CAPÍTULO I	
INTRODUCCIÓN	
1.1 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	13
1.2 FORMULACIÓN DEL PROBLEMA	16
1.2.1 Pregunta general.....	16
1.3 JUSTIFICACIÓN	16
1.4 OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN.....	17
1.4.1 Objetivo general.....	17
1.4.2 Objetivos específicos.....	17
1.5 HIPÓTESIS DE LA INVESTIGACIÓN	18
1.5.1 Hipótesis nula (Ho).....	18
1.5.2 Hipótesis alterna (Ha)	18
CAPÍTULO II	
REVISIÓN DE LITERATURA	
2.1 ANTECEDENTES DE LA INVESTIGACIÓN.....	19



2.1.1	Antecedentes internacionales	19
2.1.2	Antecedentes nacionales	23
2.1.3	Antecedentes regionales	30
2.2	REFERENCIAS TEÓRICAS	32
2.2.1	Embarazo no planificado	32
2.2.2	Planificación familiar y métodos anticonceptivos.....	33
2.2.3	Depresión postparto.....	35
2.2.4	Puerperio	47
2.2.5	Definición de conceptos operacionales.....	49
CAPÍTULO III		
MATERIALES Y MÉTODOS		
3.1	METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN	50
3.1.1	Tipo de la investigación	50
3.1.2	Diseño de la investigación.....	50
3.2	POBLACIÓN Y MUESTRA.....	50
3.2.1	Población	50
3.3	SELECCIÓN DE LA MUESTRA	50
3.4	CRITERIOS DE SELECCIÓN	51
3.4.1	Criterio de inclusión (casos):.....	51
3.4.2	Criterio de inclusión (controles):.....	51
3.4.3	Criterios de exclusión (casos y controles):.....	51
3.5	UBICACIÓN Y DESCRIPCIÓN DE LA POBLACIÓN	51
3.6	TÉCNICAS E INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS.....	52
3.6.1	Técnica de recolección de datos	52
3.6.2	Validación de instrumentos.....	52



3.7	PROCEDIMIENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS	53
3.8	PROCESAMIENTO Y ANÁLISIS DE DATOS	53
3.9	CONSIDERACIONES ÉTICAS	55
CAPÍTULO IV		
RESULTADOS Y DISCUSIÓN		
4.1	RESULTADOS	56
4.1.1	Análisis e interpretación de datos.....	56
4.1.2	Correlaciones del estudio.....	58
4.1.3	Variables intervinientes	60
4.2	DISCUSIÓN	67
V.	CONCLUSIONES	74
VI.	RECOMENDACIONES	75
VII.	REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	76
ANEXOS		87

AREA: Ciencias Biomédicas

LÍNEA DE INVESTIGACIÓN: Ciencias Médicas Clínicas

FECHA DE SUSTENTACION: 28 de diciembre del 2023.



ÍNDICE DE TABLAS

	Pág.
Tabla 1. Estadígrafo de estudio.....	54
Tabla 2. Embarazo no planificado en pacientes atendidas en el HCMM - Juliaca 2023.	56
Tabla 3. Depresión postparto en pacientes atendidas en el HCMM - Juliaca 2023...	56
Tabla 4. Niveles de depresión postparto según el puntaje obtenido en la EDPE en pacientes atendidas en el HCMM - Juliaca 2023.....	57
Tabla 5. Tabla cruzada de planificación de embarazo con depresión postparto en pacientes atendidas en el HCMM - Juliaca 2023.....	58
Tabla 6. Prueba de Chi ² y coeficiente OR sobre planificación de embarazo y depresión postparto.....	59
Tabla 7. Edad de pacientes de ambos grupos atendidas en el HCMM - Juliaca 2023	60
Tabla 8. Paridad de pacientes de ambos grupos atendidas en el HCMM - Juliaca 2023	61
Tabla 9. Grado de instrucción de pacientes de ambos grupos atendidas en el HCMM - Juliaca 2023	62
Tabla 10. Uso de métodos anticonceptivos en pacientes de ambos grupos atendidas en el HCMM - Juliaca 2023.....	64
Tabla 11. Tipo de método anticonceptivo usado por pacientes de ambos grupos atendidas en el HCMM - Juliaca 2023.....	65



ÍNDICE DE FIGURAS

	Pág.
Figura 1. Edad de pacientes de ambos grupos atendidas en el HCMM - Juliaca 2023	60
Figura 2. Paridad de pacientes de ambos grupos atendidas en el HCMM - Juliaca 2023	61
Figura 3. Grado de instrucción de pacientes de ambos grupos atendidas en el HCMM - Juliaca 2023	63
Figura 4. Uso de métodos anticonceptivos en pacientes de ambos grupos atendidas en el HCMM - Juliaca 2023.....	64
Figura 5. Tipo de método anticonceptivo usado por pacientes de ambos grupos atendidas en el HCMM - Juliaca 2023.....	66



ÍNDICE DE ACRÓNIMOS

OMS:	Organización Mundial de la Salud
UNICEF:	Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia
DP:	Depresión postparto
HCMM:	Hospital Carlos Monge Medrano
DSM – 5:	Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales, quinta edición
EDPE:	Escala de Depresión postparto de Edimburgo
ISRS:	Inhibidores Selectivos de la Recaptación de Serotonina
ENDES:	Encuesta Demográfica y de Salud Familiar
SPSS:	Statistical Package for Social Sciences



RESUMEN

El objetivo de esta investigación fue determinar la asociación entre embarazo no planificado y el desarrollo de depresión postparto en pacientes atendidas en el Hospital Carlos Monge Medrano de Juliaca durante los meses julio, agosto y septiembre del 2023. Materiales y métodos: El estudio es de tipo relacional, observacional, prospectivo de casos y controles; la población analizada estuvo conformada por todas las pacientes atendidas en el HCMM de Juliaca durante los meses mencionados, que obedecieron a los criterios de selección propuestos, llegando a estudiar 118 participantes (37 casos y 81 controles). Se utilizó la Escala de Depresión Postparto de Edimburgo para establecer si la paciente exhibe depresión postparto y una ficha de recolección de datos para adquirir la información general de la paciente, así como las variables intervinientes. Para determinar la asociación se empleó la prueba de Chi cuadrado y Odds Ratio (OR) a intervalos de confianza del 95%. Resultados: Se encontró que si existe asociación entre el embarazo no planificado y la depresión postparto con un p de 0,032 ($p < 0,05$), y $OR > 1$ con un IC: 1,068 – 6,44 siendo el riesgo significativo, dándonos 2,622 veces probabilidad de presentar depresión postparto. El porcentaje de depresión postparto en la población estudiada llegaron al 31,4%, identificándose además que el 78,4% de ellas (casos) no planifico su embarazo, en cuanto a las pacientes que no presentaron depresión postparto (controles) el 58,0% no planificaron su embarazo. Conclusión: Si existe asociación entre las variables depresión postparto y embarazo no planificado en el Hospital Carlos Monge Medrano de Juliaca 2023.

Palabras clave: Depresión perinatal, Depresión postparto, Embarazo no planificado, Salud mental perinatal.



ABSTRACT

The objective of this research was to determine the association between unplanned pregnancy and the development of postpartum depression in patients attended at the Carlos Monge Medrano Hospital in Juliaca during July, August and September 2023. Materials and methods: The study is relational, observational, prospective case-control study; the population analyzed consisted of all the patients attended at the HCMM of Juliaca during the months mentioned, who obeyed the proposed selection criteria, reaching 118 participants (37 cases and 81 controls). The Edinburgh Postpartum Depression Scale was used to establish whether the patient exhibited postpartum depression and a data collection form was used to acquire general information about the patient, as well as the intervening variables. The Chi-square test and Odds Ratio (OR) at 95% confidence intervals were used to determine the association. Results: It was found that there is an association between unplanned pregnancy and postpartum depression with a p of 0.032 ($p < 0.05$), and $OR > 1$ with a CI: 1.068 - 6.44 being the risk significant, giving us 2.622 times the probability of presenting postpartum depression. The percentage of postpartum depression in the population studied reached 31.4%, identifying that 78.4% of them (cases) did not plan their pregnancy, while 58.0% of the patients who did not present postpartum depression (controls) did not plan their pregnancy. Conclusion: There is an association between postpartum depression and unplanned pregnancy at the Carlos Monge Medrano Hospital in Juliaca 2023.

Keywords: Perinatal depression, Postpartum depression, Unplanned pregnancy, Perinatal mental health.



CAPÍTULO I

INTRODUCCIÓN

1.1 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

El embarazo es una etapa de múltiples cambios tanto fisiológicos, mentales y sociales que alteran el estado emocional de la futura madre presentando una diversidad de sentimientos que pueden ir desde la felicidad, miedo, incertidumbre hasta el completo rechazo de la gestación, siendo este último una de las principales consecuencias de un embarazo no planificado, a esto se suma el cambio en el estilo de vida, rutina diaria y relaciones sociales que deberán ser modificadas según la necesidad del nuevo ser, lo que implica mayor responsabilidad en cuanto al cuidado de su futuro hijo; paralelamente disminuyen las horas efectivas de sueño, causando irritabilidad, alteración del ciclo circadiano, alteración del estado de ánimo, llegando en ocasiones a generar estados de depresión, ansiedad y psicosis. Por lo expuesto, el embarazo predispone a la mujer a un estado de vulnerabilidad.

La depresión postparto es un trastorno mental perinatal que trae importantes complicaciones, como altas tasas de suicidio y filicidio, según un estudio realizado en el Hospital Nacional Arzobispo Loayza de Lima-Perú en el año 2016, se encontró una prevalencia de ideación suicida que llega al 52.72% de la población estudiada constituida por púerperas con depresión postparto según test de Edimburgo. (1) Además, cerca del 20% de muertes maternas son producto del suicidio en el primer año del postparto, de este porcentaje el 60% fueron madres que presentaban episodios afectivos graves en las primeras 6 semanas posteriores al parto (20% con depresión postparto y un 40% con psicosis postparto). En cuanto al filicidio, el 75% de estos casos son infanticidios donde



los hijos son menores de 1 año, siendo el 20-30% causados por madres con depresión postparto. (2)

Esta problemática afecta también al niño en el neurodesarrollo y bienestar emocional, tal como muestra una revisión sistemática realizada en Argentina en el año 2021 donde analizaron 964 estudios siendo seleccionados diez trabajos que cumplían los criterios de selección cuya finalidad fue identificar si la depresión postparto puede ocasionar consecuencias negativas en el neurodesarrollo infantil, se revisaron estudios desde el año 2011 al 2020 en las diferentes bases de datos, encontrándose que los niños cuyas madres presentaban depresión postparto padecían de retraso del lenguaje, dificultad en el desarrollo de habilidades sociales, problemas del desarrollo psicomotor, retraso en el desarrollo emocional y cognitivo, entre otras áreas del desarrollo infantil. (3)

La salud mental perinatal se define como la adaptación de la mujer a su situación de gestante, al ejercicio integral de su labor psíquica y su oportuna incorporación tanto particular como social, logrando así una realización personal positiva y propicia para la venidera maternidad, comprende además el cuidado psicológico de la madre desde el momento de la concepción hasta el primer año de vida de su hijo(a). La salud mental perinatal es un área poco estudiada en de nuestro contexto, ya que la mayoría de las veces se prioriza reducir la morbilidad materna y perinatal, siendo este hecho comprensible dadas las circunstancias de salud en nuestro país, sin embargo, es imprescindible un cuidado multidisciplinario incluyendo el estado mental de la futura madre; puesto que, este interviene en gran medida en el desenlace adecuado de la gestación. (4)

A nivel mundial, la depresión postparto presenta una incidencia del 15% según la OMS (5), siendo comprendida en el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos



Mentales (DSM-5) con el nombre de “trastorno depresivo durante el periodo perinatal” y en la CIE-10 se denomina como "trastornos mentales asociados al puerperio" si tiene inicio en las primeras 6 semanas después del parto; en Latinoamérica de acuerdo con la OPS este problema de salud mental puede llegar a afectar hasta el 56% de la población femenina residente de México y Estados Unidos en el transcurso de los primeros cuatro meses postparto.(6) Se ha establecido una importante relación con el suicidio y filicidio, quedando el primero de estos como uno de los principales precedentes de defunción materna en la fase perinatal. (5) De acuerdo con Instituto Nacional de Salud Mental (INSM), en el 2017 se registraron más de 30 casos de filicidio en el Perú.

En el Perú la prevalencia de depresión posparto diagnosticada mediante la EDPE en Lima Metropolitana en el año 2004 fue del 33% según datos de establecimientos de primer nivel del MINSA. (7) En el año 2009 otro estudio realizado en el Hospital Nacional Docente Madre Niño San Bartolomé de Lima encontró que el 17% de la población estudiada presentó depresión posparto. (8) Ambos estudios utilizaron la EDPE considerando puntajes de ≥ 10 y ≥ 13 respectivamente en cada investigación para determinar el diagnóstico de depresión posparto.

El uso de métodos anticonceptivos como planificación familiar para evitar un embarazo no deseado podría aminorar la probabilidad de conflictos físicos, psicológicos y de índole social que predisponen a la nueva madre a padecer depresión postparto.(9) Una reciente publicación elaborada por la Organización Mundial de la Salud (OMS) en 36 estados demostró que dos terceras partes de las féminas sexualmente activas usuarias de métodos anticonceptivos con la intención de postergar su maternidad, posteriormente abandonaron dichos métodos por miedo a posibles secuelas, cuestiones de salud o subestimar la posibilidad de embarazo, lo que ocasiono que una de cada cuatro



gestaciones sea no planificada. Las gestaciones no planificadas son un sustancial dilema de salud pública, cada año 74 millones de féminas con gestaciones no planificados son causa de 25 millones de abortos peligrosos y 47 000 fallecimientos maternos al año. (10)

El cuadro clínico de la depresión postparto puede iniciarse inmediatamente después del parto o hay casos que inician hasta un año después. Los signos más importantes son quejas psicósomáticas, cansancio, dolores diversos, tristeza, preocupación constante y miedo. Estos síntomas suelen ser generalmente minimizados por la mujer, por la familia e inclusive por el personal de salud, generando sub diagnósticos y retraso en el tratamiento. Esta sintomatología depresiva lleva a consecuencias graves, ya desde el embarazo podría generar descuido de las tareas maternas poniendo en riesgo al recién nacido, así como producir temor en la madre por cometer autoagresión o daño al lactante. (4)

1.2 FORMULACIÓN DEL PROBLEMA

1.2.1 Pregunta general

¿Es el embarazo no planificado un factor de riesgo asociado a depresión postparto en pacientes atendidas en el Hospital Carlos Monge Medrano Juliaca?

1.3 JUSTIFICACIÓN

El presente estudio busca indagar la incidencia de embarazo no planificado en nuestra región, así como determinar su relación con la depresión postparto. Existe escasa bibliografía referente a depresión postparto en nuestra población, siendo esta vulnerable en el aspecto socioeconómico y teniendo características culturales poco favorables para la implementación de medidas preventivas como el uso de métodos anticonceptivos, por ello la importancia de realizar más investigaciones relacionadas con la salud materna



perinatal de nuestra localidad, ya que nos brindara un mejor enfoque al momento de plantear estrategias preventivas ante la problemática en cuestión.

Al lograrse identificar asociación entre las variables estudiadas podremos disminuir los casos de depresión postparto mediante políticas públicas que promuevan un embarazo planificado, evitando mencionadas complicaciones, además, el diagnóstico será temprano, reduciendo las consecuencias a largo plazo de una depresión postparto, dando mayor alcance en cuanto a prevención primaria y secundaria.

Los datos obtenidos de este trabajo podrán ser utilizados por los encargados pertinentes en Salud que así lo requieran, sirviendo de base en la generación de políticas públicas que ayuden a reducir los casos de depresión postparto en las futuras madres, siendo este un problema relevante en nuestra sociedad por las implicancias ya expuestas.

1.4 OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN

1.4.1 Objetivo general

Determinar la asociación entre embarazo no planificado y el desarrollo de depresión postparto en pacientes atendidas en el Hospital Carlos Monge Medrano Juliaca – 2023.

1.4.2 Objetivos específicos

Identificar la frecuencia de embarazo no planificado en pacientes con y sin depresión postparto atendidas en el Hospital Carlos Monge Medrano Juliaca - 2023.

Comparar las variables intervinientes como edad, paridad, grado de instrucción, uso de métodos anticonceptivos, tipo de método anticonceptivo usado



en pacientes de ambos grupos atendidas en el Hospital Carlos Monge Medrano Juliaca - 2023.

1.5 HIPÓTESIS DE LA INVESTIGACIÓN

1.5.1 Hipótesis nula (H_0)

El embarazo no planificado no está asociado al desarrollo de depresión postparto en pacientes atendidas en el Hospital Carlos Monge Medrano Juliaca 2023.

1.5.2 Hipótesis alterna (H_a)

El embarazo no planificado está asociado al desarrollo de depresión postparto en pacientes atendidas en el Hospital Carlos Monge Medrano Juliaca 2023.



CAPÍTULO II

REVISIÓN DE LITERATURA

2.1 ANTECEDENTES DE LA INVESTIGACIÓN

2.1.1 Antecedentes internacionales

Xin Qiu, Senmao Zhang, Et al (2020) en su artículo de revisión “Embarazo no deseado y depresión postparto; un metaanálisis de estudios de cohortes y de casos y controles” tuvo por objetivo evaluar la relación entre embarazo no deseado y la posibilidad de llevar a cabo a depresión postparto, se efectuó una exploración en PubMed, Web of Science, Embase y Cochrane Library hasta el 31 de diciembre de 2019, incluyéndose 30 estudios con 64454 participantes los cuales fueron sometidos a los criterios de selección, el estudio se realizó con el software RevMan y el software Stata, como resultado se encontró que las mujeres que quedan embarazadas sin desearlo tienen un riesgo significativamente mayor de desplegar depresión postparto a diferencia de las que si desearon embarazarse. (OR=1.53, IC 95% = 1.35-1.47, PAG<0.00001), sin embargo, cabe mencionar que el estudio muestra heterogeneidad y un posible sesgo con la información recolectada, por lo que debe analizarse cuidadosamente. Como conclusión y recomendaciones se destaca la precisión de evaluar la idea de embarazo e integrar la planificación familiar y las asistencias de salud mental individualizadas en la atención primaria de la salud, para así impulsar la salud mental materna. (11)

Curi, L (2022) en su estudio “Asociación entre el embarazo no deseado y la depresión postparto en puérperas mediatas y tardías: una revisión narrativa de los últimos 6 años” la cual tuvo por finalidad describir los estudios teóricos y



empíricos a cerca de embarazo no esperado y depresión postparto en los últimos 6 años determinando si existe asociación entre dichas variables. La investigación fue de tipo cuantitativa, no experimental, descriptiva, transversal, retrospectiva: narrativa, realizándose una búsqueda en publicaciones indexadas en Web of Science, Scopus, Scielo, Proquest, DOAJ, que analizaron dichas variables desde el año 2015 hasta el año 2021, se seleccionaron 26 artículos mediante los criterios de selección, pertenecientes a diferentes países como EE. UU. (con un 19% de revistas elegidas), Brasil (12%), Colombia (12%), Chile (8%) y otros países (50%) como Cuba, México, Emiratos Árabes Unidos, Israel, Turquía, Ecuador, Egipto, Ámsterdam, China, España, Perú y Uruguay. Finalmente, posterior al análisis de datos se llegó a la conclusión que la gestación no deseada se coliga con la depresión postparto, sin embargo, concurren distintos componentes condicionantes como el maltrato familiar, el soporte socio familiar, el mantenimiento económico y la predilección al sexo masculino en el neonato.(12)

Meléndez M, et al (2017) en su artículo “Depresión postparto y los factores de riesgo” la cual tuvo por propósito examinar la ocurrencia de depresión postparto mediante el Test de Edimburgo y su analogía con los constituyentes de riesgo más usuales de púerperas del servicio de hospitalización del Hospital Materno-Infantil Dr. José María Vargas de Venezuela. El escrito fue de tipo prospectivo correlacional. El ejemplar fue conformado por 592 pacientes de la población total, para el acopio de datos se manejó primero un informe con preguntas para indagar el dato requerido respecto a las dimensiones del estudio como la condición de ánimo, antecedentes psicológicos, obstétricos, familiares y sociales. También se utilizó la escala de Graffar para estimar el estado socioeconómico de la paciente, y finalmente el test de Edimburgo para identificar



la existencia o carencia de depresión postparto. Para el análisis de los datos se utilizó la prueba t de Student con el programa SPSS v20, en las deducciones se encontró que de las 592 pacientes, 204 presentaron depresión postparto (34.46%), los constituyentes de riesgo más usuales fueron el desempleo, los contratiempos obstétricos, nivel social bajo, y embarazo no deseado, no obstante la correspondencia no fue estadísticamente significativa con valor de $P=0.2467 >0.05$ y $P=0.4935 >0.05$, se concluye, por tanto, que si existe una elevada frecuencia de depresión postparto en mujeres adolescentes, así como sucede en multíparas, con dificultades obstétricas durante o posterior al parto, embarazo no deseado, desempleo y nivel social bajo, sin embargo, estos no tienen estrecha relación con el desarrollo de depresión postparto, presumiéndose que la causa de esta circunstancia esté encaminada más hacia el mecanismo biológico hormonal de la mujer a lo largo del postparto. (13)

Samaniego, V. (2020) en su investigación “Factores asociados a la depresión posparto en gestantes ingresadas en el área de Ginecología de un Hospital de la ciudad de Guayaquil, año 2019” tuvo por finalidad realizar una descripción de las características de las mujeres con depresión posparto realizando un estudio de tipo descriptivo, prospectivo, transversal, siendo estudiadas 50 mujeres. La investigación evaluó factores gineco-obstétricos, psicológicos y sociales, dentro de los cuales se encontró que un 60% de las participantes tenían una edad entre 26 y 35 años, el 78% presento nivel educativo secundario, el 58% era primigesta y un 42% multigesta, y como factor psicológico no se encontró al embarazo no planificado como un factor importante, siendo más relevantes el apoyo de la pareja, el apoyo familiar y el estrés. (14)



Romero, D. et al. (2017) en su estudio realizado en Chile, “Síntomatología depresiva en el posparto y factores psicosociales asociados” tuvieron por objetivo determinar la frecuencia de síntomas depresivos durante el puerperio y su asociación con factores psicosociales, siendo evaluadas 154 mujeres que tuvieron recién nacidos sanos, muestra establecida por conveniencia, es importante mencionar que la identificación de depresión posparto fue con la EDPE. El estudio fue de tipo retrospectivo, los criterios de inclusión fueron mujeres de 19 a 35 años, tener un recién nacido sano, encontrarse en posparto de 0 a 12 meses. En cuanto a los resultados, un 36,4% tenían estudios secundarios, el 42,4% de las mujeres multíparas y primíparas presento sentimientos de tristeza durante el embarazo y el 44,2% manifestó no haber planificado su embarazo. Concluyéndose que si existen factores psicosociales que están asociados a sintomatología depresiva, por lo que deberían ser diagnosticados tempranamente y tomar medidas preventivas.

(15)

Faisal C, et al (2017) realizaron una investigación en Brasil titulada “Embarazo no planificado y riesgo de depresión materna: análisis de datos secundarios de una cohorte prospectiva de embarazo” destinada a evaluar la relación entre embarazo no planificado y depresión materna, un problema en países de altos y bajos ingresos, y la depresión posparto. Este estudio fue un análisis secundario de un estudio de cohorte prospectivo. La investigación se realizó en 10 clínicas de atención primaria del sector público de Sao Pablo, se evaluó la presencia de depresión posparto durante la gestación y en el periodo posparto (11 meses), identificándose cuatro grupos de pacientes con base en el momento de la presentación de depresión perinatal: nunca, prenatal, después del parto, y persistente (prenatal y posnatal). Se estudió 701 pacientes, de las que el



67,8% no planifico su gestación, encontrándose que estas mujeres tenían 2,5 más riesgo de desarrollar depresión tanto antes como después del parto. (RR: 2,5; IC 95%: 1,47:4,30). En modelos ajustados, las mujeres que no planificaron su embarazo fueron significativamente más propensas a presentar depresión persistente. Por lo que se concluye que el embarazo no planificado es un factor de riesgo independiente para desarrollar depresión persistente, además de depresión posparto. (16)

2.1.2 Antecedentes nacionales

Rodríguez G, Roncal A (2023) en su tesis ejecutada “Factores de riesgo asociados a depresión postparto en puérperas atendidas en el Puesto de Salud Malvinas y Centro de Salud Imperial – Cañete durante el periodo septiembre-diciembre 2021” la cual tuvo por intención identificar los componentes sociodemográficos, gineco-obstétricos, psicológicos y sociales coligados a depresión postparto. El estudio fue de tipo observacional, analítico, transversal; la muestra estuvo formada por un conjunto de 146 puérperas atendidas en mencionados puestos de salud, cumpliendo con los criterios de selección, mediante la Escala de Depresión Postparto de Edimburgo (EPDS), un interrogatorio sobre componentes de riesgo y una base de datos se obtuvo la información necesaria siendo esta procesada con el programa STATA v17.0 realizándose una exploración de datos mediante las funciones de análisis descriptivo y cuadros de periodicidad. Resultados: entre los componentes sociales se encontró que un 74.66% de las puérperas tuvo un embarazo no planificado, en general un 54.11% de puérperas presento depresión postparto, sin embargo, en el estudio solo se consideró como constituyentes asociados para depresión a no tener



el apoyo de pareja, carencia de soporte familiar, lactancia materna incorrecta, malformación congénita, inconveniente para atender a su bebe, y como elementos protectores consideraron al sostén de la pareja consecutivo del soporte familiar.

(17)

Juárez M (2022) en su tesis “Factores asociados a depresión postparto en puérperas inmediatas atendidas en el Hospital de apoyo II-2 Sullana, durante los meses de febrero y marzo del 2022” tuvo por objetivo hallar la correlación entre las peculiaridades sociodemográficas, ginecobstetricias y neonatales con la depresión postparto, así como determinar la correlación entre los antecedentes de depresión y la existencia de depresión postparto; el estudio tuvo un enfoque cuantitativo, es de tipo casos y controles, se trabajó con 74 participantes en cada grupo. Mediante una cédula de recolección de datos se obtuvo la declaración de las características sociodemográficas, gineco-obstétricas y neonatales y mediante la Escala de Depresión Postparto de Edimburgo (EPDS) se determinó que con un puntaje de 11 o más las pacientes presentaban sintomatología ansiosa y que existe una probabilidad de depresión. Resultados: entre los casos se encontró que 35.14% reportaron como no planificado la gestación actual, mientras que en los controles se reportó que 21.62% no planificaron su embarazo, no encontrándose liga estadísticamente significativa afín a esta variable ($p=0.069$). En general se reconocieron como componentes de riesgo a la edad menor de 20 años, un nivel pedagógico secundario, o primario, ser soltera, disfunción familiar moderada y el exhibir precedentes de depresión. (18)

Vera E (2013), en su tesis ejecutada “Factores de riesgo asociados a depresión postparto en puérperas del Hospital Regional Docente de Trujillo” tuvo



por objetivo establecer los factores que se relacionan con depresión postparto en mujeres atendidas de enero a diciembre del año 2012. La tesis correspondió al tipo prospectivo, transversal, aplicándose una encuesta de forma aleatoria a todas las mujeres que obedecían a los criterios de inclusión y exclusión. Resultados: se obtuvo que el 71.5% de las puérperas que presentaron depresión no deseaba el embarazo con x^2 de 193.86 para un $p < 0.05$, por lo que se concluye una gran asociación entre la planificación del embarazo y la probabilidad de presentar depresión postparto, además se concluyó con los demás datos que la edad materna menor de 20 años, provenir de una zona urbana, el grado de instrucción no superior, ser soltera, parto pretérmino, ser primigesta, sexo del recién nacido igual al anterior y sucesos estresantes a lo largo del último año son elementos asociados a depresión postparto. (19)

Mamani, G (2019) en su tesis “Incidencia y factores de riesgo asociados a depresión postparto. Centro de Salud Zamacola. Arequipa – 2017” la cual tuvo por objetivo determinar la incidencia, los componentes sociodemográficos, obstétricos y psicológicos de la depresión postparto de las mujeres que acudían a dicho centro de salud. El tipo de estudio fue prospectivo, de campo, transversal, aplicándose una encuesta con la correspondiente recaudación de datos y la Escala de Depresión postparto de Edimburgo (EPDS), llegando a estudiarse 500 puérperas entre los 7 y 42 días postparto. Resultados: se observó que la depresión postparto y el deseo de embarazo de la madre presentaron relación estadística significativa ($p < 0.05$), mostrándose que el 47.3% de las puérperas que asisten a evaluación externa al Centro de Salud Zamacola que no muestran depresión postparto gozaron de un embarazo deseado por parte de ellas, mientras que el 8.6% de puérperas con depresión postparto no tuvieron embarazo deseado por



parte de la madre. En general se concluye que la ocurrencia de depresión en puérperas que asisten a consulta externa de este centro de salud es del 12%, los factores obstétricos y perinatales asociados a depresión postparto son principalmente la paridad, tipo de parto, controles prenatales y lactancia materna exclusiva, y dentro de los factores psicológicos el más relevante es el deseo de embarazo por parte de la madre. (20)

Romero G (2016) en su tesis “Relación entre características sociodemográficas y riesgo de depresión postparto en puérperas de la clínica Good Hope noviembre de 2015” la cual tuvo por propósito establecer la prevalencia y las características sociodemográficas que están relacionadas con depresión postparto. Se ejecutó un estudio descriptivo, correlacional, observacional y transversal aplicando la escala de depresión posnatal de Edimburgo (EPDS), se estudió 110 puérperas que efectuaron los criterios de inclusión. Dentro de los alcances del estudio se encontró que un 20% de la población mostraba riesgo de depresión postparto, asimismo, se observó que el 50.91% (56 puérperas) tuvieron un embarazo planeado y el 49.09% (54 puérperas) fue no planificado por lo que no se encontró asociación significativa entre esta variable y la depresión postparto (Fisher exact: 0.502, No significancia $p < 0.05$) a lo que se hace mención en el estudio como limitación del trabajo, pues el tipo de población a la que se accedió se halla encuadrada en una sección socioeconómica con mayor probabilidad de acceder por ejemplo a un seguro de salud privado lo que eventualmente encubra variables que consiguieran si estar afines con la depresión postparto, sin embargo, nos da la posibilidad de profundizar estudios en cuanto a comparaciones de depresión postparto según estatus económicos. Así también no se halló asociación reveladora entre la edad, paridad, vía de resolución del embarazo, estado civil y



escolaridad, lo que podría deberse a la misma limitación de tipo de población estudiada. (21)

Ramos, J. (2020) en su tesis “Depresión postparto, asociado a la planificación del embarazo en adolescentes primigestas, atendidas en el centro de salud Aparicio Pomares – Huánuco. 2019” la cual tuvo por objetivo determinar la ocurrencia de planificación del embarazo en adolescentes primigestas y establecer la relación de esta con la depresión postparto. La investigación fue de tipo observacional, prospectiva, transversal y analítica, se estudió 53 madres que comprendieron su parto en el transcurso de los meses de octubre y noviembre del 2019, cumpliendo con los criterios de selección; la herramienta empleada para la determinación de depresión postparto fue la Escala de Depresión postparto de Edimburgo (EPDS). Para la comprobación de la hipótesis se realizó una encuesta relacionada con planificación del embarazo donde se encontró que 90% de la población sí conocen los métodos anticonceptivos, el 70% recibió alguna vez una sesión educativa sobre salud sexual, un 26.7% asevera usar alguna vez un método anticonceptivo, no obstante el 73.3% niega haber usado un método anticonceptivo, el 86.7% consideran que su gestación pospuso sus aspiraciones a posterior y el 63.3% han expresado angustia al dar cuenta de su embarazo, un 20% afirma haber tenido un embarazo planificado y el 80% niega que su embarazo haya sido planificado. Mediante la prueba chi cuadrado se determinó que existe asociación entre depresión postparto y la planificación de embarazo en adolescentes primigestas del centro de salud en mención. (22)

Cerda M (2017) en su tesis “Factores sociodemográficos, primiparidad y su relación con la depresión postparto en puérperas de 20 a 34 años atendidas en



el Hospital Nacional Docente Madre Niño San Bartolomé – enero 2017” la cual tuvo por objetivo identificar la correspondencia entre los constituyentes sociodemográficos y la depresión postparto, así como la primiparidad y la depresión postparto en puérperas de 20 a 34 años. El estudio fue de tipo casos y controles, en el que el grupo caso fue formado por 30 puérperas con depresión postparto y el grupo control por 60 puérperas sin depresión postparto. En cuanto a las técnicas e instrumentos, se utilizó una encuesta que consistía de dos partes: la ficha de recolección de datos y la Escala de Depresión Postparto de Edimburgo. Resultados: se encontró que 63.3% presentaron depresión y el 58.3% no presentaron depresión, el 50% de los casos y el 63.3% de los controles reveló que su embarazo fue planificado, por lo que no se demostró discrepancia significativa entre el peligro de depresión postparto y el número de partos, planificación del embarazo, prematuridad y dificultades durante el embarazo, no obstante, se evidenció que la primiparidad aumenta la posibilidad de producir depresión postparto en 1.15 veces más. (23)

Llirod M (2018) en su tesis “Asociación entre gestación no planificada y depresión puerperal” que tuvo por intención establecer la frecuencia de gestación no planificada, contrastar la edad, paridad y grado de instrucción entre gestantes con y sin depresión puerperal. El estudio es de tipo analítico, observacional, retrospectivo de casos y controles, la muestra fue conformada por 55 casos y 110 controles. La técnica aplicada en esta publicación fue la encuesta, donde la última parte consistía en la Escala de Depresión Postparto de Edimburgo como descubrimiento de madres que padecen depresión posterior al parto. Resultados: se observó que la gestación planificada incluyó al 98.2% de pacientes con depresión puerperal, se demostró que la depresión puerperal se relaciona



significativamente con la gestación no planificada de las puérperas del Hospital Belén de Trujillo, el $OR=12.74$ con intervalo de confianza al 95% entre 1.66 a 97.44 demuestra que la correlación es verdadera, es decir, la gestación no planificada es un factor de riesgo para la depresión puerperal en dicha población estudiada. En cuanto a la edad, el 60% de las puérperas que padecen depresión tienen entre 20 a 27 años, un 36.4% son secundigestas y el 58,2% tienen nivel de instrucción primaria. (24)

Valdivia M (2020) en su tesis ejecutada “Factores asociados a la depresión postparto en puérperas atendidas en el Hospital Iquitos 2020” tuvo por finalidad determinar las características obstétricas, psicológicas y sociales de las puérperas atendidas en el Hospital de Iquitos durante los meses febrero-marzo del 2020. La investigación fue de tipo analítica, observacional y longitudinal, mediante fórmula se obtuvo una muestra de 250 pacientes. Los instrumentos fueron la Escala de Depresión Posnatal de Edimburgo y una ficha de recaudación de datos tomada de otro estudio. Como resultados se obtuvo que a las 24 horas el 39% de las pacientes mostraron depresión postparto y que el 42% de las pacientes exhibieron depresión postparto a los 7 días. Los elementos de riesgo obstétricos fueron presentar más de 2 gestaciones, tener antecedente de aborto y no contar con la cuantía apropiada de inspecciones prenatales; los componentes de riesgo psicológicos: problema para concentrarse, no tener un embarazo planificado y ausencia de sostén emocional de la pareja; y finalmente los constituyentes de riesgo sociales: edad < 18 años o > 35 años, instrucción primaria, no tener tarea laboral, no contar con soporte económico de la pareja o familiares, todos estos factores tiene asociación significativa con la depresión postparto. (25)



2.1.3 Antecedentes regionales

Tello Z (2019) en su tesis “Factores que conllevan a la depresión postparto en puérperas del centro de salud Simón Bolívar – Puno 2018” la cual tuvo por objetivo conocer los factores personales, familiares, socioculturales que llevan a la depresión postparto. La indagación fue de tipo descriptivo, correlacional y transversal, llenándose una encuesta por las pacientes puérperas que acudían a mencionado centro de salud. Se encontró como resultados que dentro de los factores personales, las mujeres con edades mayores de 35 años, el nivel de instrucción superior y las amas de casa tenían tienen relación significativa con depresión postparto, así también dentro de la dimensión familiar, la correspondencia conflictiva con la pareja, sustento familiar a medias y adhesión económica de la pareja también se relacionan a depresión postparto, finalmente dentro de la dimensión sociocultural las mujeres que beben alcohol y las que efectúan labores esporádicas son más propensas a depresión postparto. En general, el 44% de las puérperas presento depresión leve, el 41% depresión moderada y 3 puérperas presentaron depresión severa del total de 87 puérperas estudiadas. Como podemos observar, no se consideró como factor la planificación familiar que implica el uso de métodos anticonceptivos, dando mayor importancia al proyecto que se pretende llevar a cabo. (26)

Lipa F (2014) en su tesis “Depresión postparto en puérperas primíparas y multíparas del establecimiento de salud I-3 José Antonio Encinas, Puno, 2014” tuvo por objetivo identificar la depresión postparto según edad, procedencia, idioma, estado civil, grado de instrucción, ocupación y atención prenatal. La tesis fue de tipo descriptivo, transversal, de diagrama simple. La población fueron 133



puérperas primíparas y multíparas que estuvieron atendidas en el despacho de obstetricia de la institución, encontrándose que más de la mitad de puérperas primíparas y multíparas mostraron depresión postparto, el grupo etario más afectado fue de 16 a 19 años (adolescentes), ya que es una etapa en la que la mujer atraviesa cambios emocionales, físicos y psicosociales que contribuyen propensión a la renuncia de los estudios, destinándose a las labores de la casa y asumiendo el papel de madre a una edad muy precoz condicionando el progreso a depresión postparto. (27)

Ramos, T. (2022) en su tesis “Factores de riesgo asociados a la depresión posparto en puérperas que acuden al servicio de Gineco Obstetricia del Hospital Regional Manuel Núñez Butrón Puno – 2022” tuvo por objetivo establecer la asociación de los “factores de riesgo” con la “depresión postparto”. Se estudió 199 puérperas eligiéndose la muestra por conveniencia y utilizando la EDPE para la identificación de depresión postparto en pacientes que cumplieran un puntaje mayor o igual a 12 puntos. Con respecto a las variables de nuestro estudio, se identificó que 68,34% tiene una edad entre 19 a 35 años, el 57,29% tiene grado de instrucción secundaria, el 63,82% son multigestas, en cuanto a la presencia de depresión posparto el 83,92% de las puérperas se encontraron en el grupo con depresión, y el 16,08% en el grupo sin depresión. Por consiguiente, los factores de riesgo asociados a depresión posparto fueron principalmente los sociales y obstétricos con un $p < 0,05$. (28)

Sosa, Y. (2018) en su estudio “Factores asociados a la depresión posparto en mujeres primíparas que acuden al puesto de salud Salcedo Puno. 2018” tuvo por finalidad determinar factores asociados a la depresión posparto en mujeres



primíparas. La investigación fue de tipo correlacional y transversal, trabajándose con 35 mujeres primíparas que cumplían los criterios de inclusión y exclusión. Se utilizó también la EDPE para la identificación de depresión postparto con los puntajes de <10 puntos (sin depresión), de 10 a 12 puntos (con riesgo de depresión), y mayor o igual a 13 puntos (con depresión). En lo referente a las variables de este estudio se encontró que el 57% presentaba una edad de 19 a 34 años, el 60% tuvo un embarazo no deseado y en cuanto a la frecuencia de depresión en el posparto, el 51% de las pacientes no presento depresión. (29)

2.2 REFERENCIAS TEÓRICAS

2.2.1 Embarazo no planificado

Debido a las implicancias en la madre y su entorno, el embarazo no planificado se considera un problema de salud pública. A nivel mundial se estima que un 44% de las gestaciones son no planificadas, incrementándose esta cifra en nuestro país hasta porcentajes del 52.1%. (30) Un estudio realizado por la OMS en países de bajos a medianos ingresos menciona que los embarazos no planificados son causantes de 25 millones de abortos peligrosos y 47 000 muertes maternas al año (10).

Podemos definir al embarazo no planificado como una gestación no esperada para ese momento, así haya sido decisión de la mujer no tener hijos nunca o solo en esa ocasión (31). La frecuencia de embarazos no planificados son indicadores del estado de salud reproductiva en la mujer, además de su grado de autonomía al decidir si desea o no tener un hijo. Como componentes asociados al embarazo no planificado son muy comunes: ser adolescente, estado civil soltero, y nivel socioeconómico bajo.



Es un derecho para la mujer ser informada a cerca de su salud reproductiva, así como un deber informarse y adquirir los conocimientos necesarios, sin embargo, en muchos casos el acceso a esa información y servicios es limitado, ocasionando el incremento de casos con esta problemática; la planificación familiar es la encargada de prevenir los embarazos no deseados, implementando medidas que favorezcan la educación y rompan barreras en cuanto a mitos y creencias sobre los métodos anticonceptivos que son un arma importante para evitar el embarazo no planificado (24).

Las consecuencias del embarazo no planificado son múltiples, comprendiendo desde síntomas somáticos como cefaleas, dolores crónicos, fatiga excesiva, hasta problemas psicológicos como depresión o ansiedad. Además, en muchas ocasiones las mujeres que se encuentran en esta situación optan por la interrupción del embarazo de manera ilegal llevando a una mayor morbilidad materna (31).

2.2.2 Planificación familiar y métodos anticonceptivos

Se estima que, hubo 1900 millones de mujeres en edad fértil en el 2021, de las que 1100 millones requerían planificación familiar, 874 millones tuvieron acceso a métodos anticonceptivos modernos; sin embargo, 164 millones no pudieron satisfacer su necesidad de anticoncepción (32). Se espera que para el año 2030 la cifra de mujeres usuarias de métodos anticonceptivos modernos aumente en 70 millones (33).

Comparando a nivel mundial los porcentajes de uso de métodos anticonceptivos modernos de los últimos años (77,5%) con los de años anteriores (67%), se evidencia solo un 10% de incremento.(32) El acceso deficiente al



servicio de planificación familiar o una provisión limitada de tipos de métodos anticonceptivos podría explicar este lento crecimiento, estas situaciones son más frecuentes en mujeres de nivel socioeconómico bajo, solteras. La desistencia del uso de métodos por presencia o miedo a sufrir efectos colaterales, el ámbito religioso y cultural, deficiente calidad de atención, entre otros, también implican un bajo uso de métodos anticonceptivos.

En Perú, el 54,3% de las mujeres son usuarias de algún método anticonceptivo moderno y un 21,9% utilizan un método tradicional, quedando el 35% de las mujeres expuestas al riesgo de embarazarse. (34) La planificación familiar brinda la posibilidad de decidir la cantidad de hijos que una mujer desea tener, así como el intervalo entre ellos. Se consigue a través del uso de métodos anticonceptivos modernos temporales o definitivos (34). Como implantes subcutáneos, píldoras anticonceptivas, inyectables mensuales o trimestrales, parches, DIU, preservativos, anillos vaginales, esterilización masculina y femenina, amenorrea de la lactancia, coito interrumpido. Estos métodos tienen diferente mecanismo de acción y eficacia al momento de prevenir un embarazo no planificado (32).

La planificación familiar también interviene en la prevención de complicaciones evitando se presente un embarazo en los extremos de la vida, ya sea una adolescente cuyo riesgo de morir por una concepción prematura es muy elevado, o un embarazo no deseado en una mujer de mayor edad cuyo riesgo de complicación también es alto. Está comprobado que las mujeres con más de cuatro hijos presentan un mayor riesgo de muerte materna. Y no menos importante es



mencionar que, la planificación familiar, al reducir la tasa de gestaciones no deseadas, también se reduce la incidencia de abortos peligrosos. (34)

Entendiendo la influencia que tiene la planificación familiar en la salud mental y física de la mujer, es imprescindible contar con políticas nacionales que promuevan esta estrategia con la finalidad de disminuir la mortalidad materna y neonatal, mediante un correcto financiamiento y facilitando el acceso de la mujer a todos los métodos anticonceptivos modernos. Brindar capacitación al personal de salud encargado de la atención en planificación familiar es necesario, así como darle herramientas y nuevas alternativas de enseñanza que tengan mayor eficacia en cada tipo de población a la que está dirigida. Todo ello debe ser monitoreado y evaluado continuamente para evitar el abandono o desinformación de las usuarias. (34)

2.2.3 Depresión postparto

La depresión postparto es un trastorno mental afectivo severo, encontrándose dentro del Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales, quinta edición (DSM-5) como parte de los trastornos depresivos en el periparto.(35) El puerperio tiene una duración aproximada de 42 días o 6 semanas, e implica una fase de adaptación tanto a los cambios fisiológicos como psicológicos donde la madre tiene mayor predisposición a sufrir algún trastorno afectivo como lo es la depresión postparto, el inicio de esta patología puede tener lugar desde el embarazo o en las 4 semanas postparto, sin embargo, en muchos casos el momento de aparición puede prolongarse hasta los 12 meses postparto. También es definida por la CIE-10 como un trastorno mental y del comportamiento que inicia a las 6 semanas postparto. (36)



Prevalencia y factores de riesgo: La OMS revela una prevalencia a nivel mundial del 13% y una incidencia del 10 al 15%. Entre las mujeres de países bajos esta cifra se eleva de 20 a un 40%. (36) En nuestro país, la prevalencia de depresión posparto diagnosticada mediante la EDPE en Lima Metropolitana en el año 2004 fue del 33% según datos de establecimientos de primer nivel del MINSA. (7) En el año 2009 otro estudio realizado en el Hospital Nacional Docente Madre Niño San Bartolomé de Lima encontró que el 17% de la población estudiada presentó depresión posparto. (8)

El tener como antecedente un trastorno depresivo previo es un factor de riesgo importante para desarrollar depresión posparto. (35) El riesgo de recurrencia para una mujer que ha tenido un episodio depresivo posparto anterior con características psicóticas es del 30 al 50% con cada parto posterior. No obstante, existen otros factores que son frecuentes en mujeres con depresión posparto, dentro de los cuales se encuentran: embarazo adolescente, multiparidad, complicaciones obstétricas, falta de apoyo familiar, abuso sexual, ser madre soltera, nivel socioeconómico bajo, embarazo no deseado (37). También se evidenció que la probabilidad de padecer esta patología se incrementa en madres que maltratan a sus hijos, madres muy jóvenes, ausencia o deficiencia de control prenatal, ausencia de apoyo familiar y el no tener planes a futuro para el infante. (38) (39)

Manifestaciones clínicas: Los síntomas que podemos encontrar son el sentimiento de tristeza, culpa, falta de interés, llanto frecuente, sensación de ser una mala madre, fatiga constante, hiporexia, dificultad para conciliar el sueño, temor de cometer autoagresión o al bebé, ideación suicida. En muchos casos la



madre inicia el cuadro con una melancolía postparto o tristeza inexplicada y no necesariamente un cuadro de depresión franca (37).

Diagnóstico: En la versión del DSM-IV la Asociación Psiquiátrica Americana establecía denominar al especificador del comienzo de depresión como “postparto”, sin embargo, en su última versión (DSM-V) del 2013 el especificador fue reemplazado por “periparto” dado que existen estudios que revelan que este episodio depresivo (en el 50% de los casos) puede darse desde el embarazo posibilitando ampliar el diagnóstico oportuno. (40)

Consideraciones para el diagnóstico de depresión mayor con inicio en el posparto. Se debe tener 5 o más de los siguientes síntomas, que pueden ocurrir durante todo el día y casi todos los días durante al menos 2 semanas.

Humor depresivo: generalmente acontece 4 a 5 días después del nacimiento, denominado también como “babyblues”, su duración puede ser horas o días, pero es menos de 2 semanas, si es mayor a 2 semanas se conoce como depresión postparto.

Falta de interés o placer en actividades: no es común en los días posteriores al parto, también llamado anhedonia, y debemos estar atentos ante su presencia.

Alteración del sueño: frecuente debido a los cuidados que demanda el recién nacido, sin embargo, de presentarse dificultad para el sueño cuando el recién nacido duerme o presentar hipersomnias que interviene en el cuidado del bebé, debe ser sugestivo de depresión postparto.

Pérdida o falta de energía: es habitual por el tiempo que demanda el recién nacido en su cuidado, no obstante, si la madre aún siente cansancio pese a haber



tenido un sueño apropiado o tomar siestas, se debe sospechar de depresión postparto.

Agitación o retraso psicomotor: de presentarse lentitud al hablar o el no poder estar sentada en un mismo lugar, sospechar de depresión postparto.

Sentimientos excesivos de culpa: poco frecuente después del nacimiento, pero, si se presenta la sensación de fracaso o decepción, pensar en depresión postparto.

Disminución de la concentración: habitualmente asociado a la falta de energía por dificultad en el sueño, no obstante, si la madre tiene los tiempos necesarios de descanso y aun si presenta dificultad para la toma de decisiones o ausencia de la continuidad del pensamiento, es sugestivo de depresión postparto.

Ideas suicidas: es un criterio muy importante, si la madre tiene pensamientos como “desearía no despertar más” o “mi bebe estaría mucho mejor sin mí”, intentos de suicidio, planes o deseos de terminar con su vida, son sospechosos de depresión postparto. (35,41)

Escala de depresión postparto de Edimburgo: Anthony Cox y colaboradores en el año 1987 – Escocia, diseñaron y validaron la Escala de Depresión Postparto de Edimburgo (EDPE), siendo aprobada por la ONU ese mismo año, así como por la OMS y UNICEF. (37) La EDPE es una herramienta importante en el diagnóstico precoz de depresión postparto en la atención primaria de salud. Es una escala autoadministrada, que identifica los síntomas depresivos durante el puerperio. En Perú es utilizada como una prueba de tamizaje que se aplica tanto a púerperas como gestantes, teniendo una duración aproximada de 10



minutos, en el caso de las gestantes es aplicada durante el primer y último trimestre y, a los dos y seis meses después del parto. (42)

Se ha demostrado que la EDPE es un 99% específico y un 78% sensible. (21) Esta prueba fue validada por Mazzoti en Perú en el año 2002 con una $S=84.2\%$ y $E=79.5\%$ y con una puntuación de 13.5. (43) Masías y Arias utilizaron un punto de corte mayor o igual a 13 para calcular la prevalencia de “probable depresión postparto” la cual tuvo una sensibilidad del 89,47% y una especificidad del 72,19% con base en un estudio de validación en Lima. (44)

Consta de 10 ítems de selección múltiple, con puntuación de 0 a 3 lo que es acorde a la severidad creciente de los síntomas. La madre elige la respuesta que es más representativa de como se ha sentido anímicamente durante la última semana, es una escala accesible que facilita ser respondida en un corto tiempo. (24)

Intervención clínica y tratamiento: Lo primero y más importante en el tratamiento de la depresión postparto es su detección temprana. Sin embargo, estudios según Bonari en 2004 y Marcus en el año 2003 en Estados Unidos de América revelan que menos del 10% de las mujeres que sufren depresión perinatal buscan o reciben tratamiento. Ante alguna prueba positiva o señales de “signos de alarma” como manifestaciones psicósomáticas, fatiga, dolor injustificable, llanto frecuente, apariencia triste o decaída, el médico, personal de enfermería, el área de ginecoobstetricia, o el pediatra del niño debería estar en la capacidad de detectar este trastorno. (45)

Intervenciones psicosociales en depresión postparto leve a moderada:
Las mujeres con este grado de depresión en la mayoría de los casos no manifiestan



ideas suicidas o deterioro del funcionamiento, por lo que es menos frecuente alguna complicación como rasgos psicóticos o características catatónicas (46). Fortalecer el apoyo psicosocial, ya sea proveniente de la madre de la puérpera, hermana, su esposo o conviviente, amigas o familiares cercanos, es el primer paso por ser de gran ayuda en la recuperación del cuadro (45). Así también, el recibir psicoterapia ambulatoria o atención parcial hospitalaria son medidas iniciales, de preferencia en madres lactantes que no desean utilizar antidepresivos. (47)

Psicoterapia de apoyo: El personal de salud que está en contacto con la madre brinda apoyo emocional día a día, escuchando los problemas o dificultades que atraviesa la madre, generan alivio al darle consejos y asistirle; para la madre es muy importante ser escuchada y comprendida, lo que representa un elemento terapéutico. (45)

No se debe desmerecer los síntomas que manifiesta la madre, sino escucharla y darle a conocer que muchas mujeres pasan por lo mismo. No insistir en que debería sentirse agradecida o feliz por el nacimiento de su bebé, pues la recuperación de este cuadro es un proceso gradual con mejorías secuenciales. También se debe brindar ayuda a la madre para evitar el aislamiento, y pueda estar en compañía de personas que ella aprecia, informando al esposo o conviviente sobre la depresión de su esposa, sugiriendo formas de ayuda (45).

Terapia cognitivo-conductual: En esta terapia inicialmente se reconoce los pensamientos disfuncionales, patrones y creencias cognoscitivas negativas para posteriormente ayudar a la paciente a aceptar que estos pensamientos son creados por ella misma y que la realidad es diferente, pues cada persona emite un juicio de acuerdo a sus propias vivencias; de esa manera se insta a la paciente a



identificar esos pensamientos cada vez que se presenten ya sea en la vida real o mediante ejercicios o tareas que el terapeuta pueda brindarle, una vez identificado el “pensamiento negativo” la paciente debe modificar su pensamiento y por ende su reacción hacia él. El terapeuta también puede promover otras actividades como reducir el tiempo de aislamiento, motivar a la paciente a recibir ayuda de los demás, fortalecer su confianza en los otros, etc. (45).

Psicoterapia interpersonal: Esta terapia se enfoca en el “aquí y ahora” analizando los problemas actuales que presenta la paciente, tiene por objetivo modificar las relaciones interpersonales que intervienen en el episodio depresivo por el que atraviesa la paciente, en la depresión postparto se trabaja en el cambio de rol que pasa la mujer al convertirse en madre, el terapeuta brinda consejos y sugerencias de cómo afrontar esta situación, además se le debe explicar a la paciente en que consiste su padecimiento, informarle a cerca de los síntomas y enfatizando que no es su culpa sentirse así y dar aliento, pues es un problema que tiene solución y responde bien al tratamiento (45,47).

Asesoramiento no directivo: Con el asesoramiento no directivo se busca que la paciente acepte sus sentimientos, valores y comportamientos. Se le motiva a hablar y manifestar sus emociones, evitando dar explicaciones o interpretaciones de lo que siente (48).

Psicoterapia psicodinámica: Pretende brindar a la paciente herramientas para defenderse ante las adversidades, se le enseña cómo afrontar los problemas mediante la identificación de patrones de relaciones, sentimientos y comportamientos (49). Generalmente, la psicoterapia suele ser individual, sin embargo, puede ser adaptada a un formato grupal, como es el caso de la terapia



cognitivo conductual o la psicoterapia interpersonal, y se ha visto que tiene buena aceptación en la depresión postparto. La psicoterapia grupal brinda herramientas adicionales, como mejorar la comunicación, normalizar los problemas que tiene la paciente, ya que hay otras pacientes con el mismo problema brindándole consejos y validación, disminuye la tendencia al aislamiento y la sensación de soledad, genera compañerismo y sentido de pertenencia, además aprende mediante el modelado de otros (50).

A cerca de la duración de la psicoterapia, no está establecido el número de sesiones exacto, usualmente es de 6 a 12 sesiones, pero con cada paciente es diferente, se ha visto que en madres primíparas un número de sesiones reducido es más accesible, dado que, el proceso de aprendizaje, las nuevas tareas y la energía demandante del recién nacido dificultan la adherencia a la terapia. Si se observa que la terapia no es efectiva, se puede optar por cambiar de terapia hasta encontrar la que mejor se adapte a la paciente, y en caso la depresión sea refractaria y difícil de manejar con psicoterapia, se aconseja la adición de tratamiento farmacológico (51–53).

Intervenciones psicosociales en depresión postparto severa: Las mujeres que presentan depresión postparto severa se caracterizan por ideas suicidas, su juicio está alterado y muestran un claro deterioro del funcionamiento, lo que pone en riesgo a las personas cercanas, en especial al recién nacido y otros niños que estén a su cargo; es probable también que las mujeres con este problema desarrollen en adelante rasgos psicóticos y catatónicos.(47)

El manejo de la depresión postparto severa requiere la intervención de un psiquiatra, quien pueda decidir su hospitalización y administrar, en la mayoría de



los casos, farmacoterapia, la cual puede o no estar acompañada de psicoterapia adyuvante (51).

Farmacoterapia: El acuerdo general al momento de usar un fármaco en una mujer gestante o en el periodo de lactancia es que el medicamento supere en beneficios a los riesgos de su uso. Los fármacos más utilizados en esta situación son los Inhibidores Selectivos de la Recaptación de Serotonina (ISRS), los cuales se encuentran en la categoría B de riesgo, pues no se ha demostrado que sean completamente inocuos para el bebé, pero sin evidencia de producir malformaciones u otros trastornos. Se ha demostrado que los ISRS sí atraviesan la barrera placentaria y por ende si existe exposición del feto a ellos. Una investigación de casos en Suecia encontró que el uso de antidepresivos causa disminución en el tiempo de gestación, en la mayoría de los casos a 37 semanas, así como más casos de peso bajo al nacer (45).

Es muy importante que el médico informe a la paciente y a su familia a cerca del uso de estos medicamentos, indicar sus efectos adversos, así como la evidencia o no de daño en el feto o recién nacido. La dosis se ajusta según la respuesta clínica de la paciente, porque se ha evidenciado un síndrome de supresión del antidepresivo en el recién nacido, siendo los síntomas similares a los de la influenza, temblores o llanto excesivo al suspender súbitamente el antidepresivo (45).

Algunos efectos colaterales de los antidepresivos podrían ser ansiedad, sudoración excesiva, inquietud, indiferencia a lo que pasa, y lo que se espera conseguir es una mejora en el estado de ánimo, reducir los síntomas



neurovegetativos y psicosomáticos, mayor predisposición a enfrentar los problemas, siendo necesarias unas semanas para ver este efecto (53,54).

Implicancias de la Depresión Postparto en el niño – desarrollo

biológico: La hormona cortisol cumple un papel importante en la influencia que tiene la depresión postparto en el infante, como es sabido esta hormona se libera en respuesta a estímulos estresantes, alguno de sus efectos son elevar los niveles de glucosa, inmunosupresión, reduce el metabolismo de los carbohidratos, proteínas y grasas, además de alteración de la formación ósea generando disminución del crecimiento. De presentarse la depresión en el periodo prenatal, existe una importante exposición del feto a esta hormona, pues se ha evidenciado que cuanto más significativos sean los síntomas depresivos y los niveles de cortisol en la madre, también lo serán en el feto mediante la comunicación feto-placentaria (55).

La depresión en la etapa prenatal afecta el desarrollo cerebral infantil, causando alteración del eje hipotálamo-pituitario-adrenal, en la conectividad límbica y prefrontal, y en el tono vagal, siendo muy frecuente una alta reactividad emocional ante el estrés, lo que más adelante podría traducirse en problemas del comportamiento, crecimiento fetal tardío y prematuridad. Se ha visto también que puede generarse un bloqueo del sistema hipotálamo-pituitario-adrenal en situaciones de estrés agudo en hijos de madres deprimidas, posiblemente debido al deficiente desarrollo cerebral del feto (55).

Numerosos estudios revelan que una de las consecuencias de depresión perinatal es el parto prematuro, y como consecuencia de este un bajo peso al nacer y crecimiento lento del infante (56–59). Cabe mencionar que el crecimiento



deficiente del niño es producto de la depresión materna prenatal, pero evidenciada en el periodo posnatal frecuentemente en los dos primeros años de vida.

A cerca de la medicación que podría recibir la madre como tratamiento de la depresión se encontró que no previene que el parto sea prematuro, por ende, también se expone al infante al bajo peso al nacer y crecimiento lento, no obstante, se observó que en madres que no recibían tratamiento había mayor vulnerabilidad al estrés y manejo emocional deficiente en sus hijos. En cuanto a peso, talla o perímetro cefálico, no se encontró diferencia entre las madres que se medicaban de las que no lo hacían. (55)

Implicancias de la Depresión Postparto en el niño – desarrollo psicológico y social: El nivel de afectación del infante en cuanto a su comportamiento está influenciado por diversas variables a las que estuvo expuesta la madre, como el tipo de depresión que sufrió, la gravedad, el tiempo de duración, y factores de riesgo como adversidad familiar, apoyo social o dificultad económica. La afectación psicológica y social está relacionada con los problemas biológicos y viceversa. (55)

La relación madre-hijo (el apego) es parte fundamental de los problemas psicológicos y sociales que atravesará el infante. Una madre que está deprimida no podrá cuidar adecuadamente de su hijo, generando un apego inseguro, pues la madre que se encuentra cansada, distraída pocas veces podrá comprender la señales que le da su hijo, no podrá dar atención a sus necesidades ni comprender sus sentimientos, los intercambios visuales serán escasos, ocasionando que el infante no tenga un punto de apoyo seguro. (55)



Existe dos tipos de apego: el evitativo y el ansioso. En el apego evitativo es el más frecuente en mujeres con depresión perinatal, se caracteriza porque la madre se abstiene de tener una relación cercana con su hijo, en cambio, en el apego ansioso si hay deseo de establecer una relación íntima, pero con un fuerte temor al rechazo por falta de confianza en la capacidad de conservarla. El apego inseguro duplica las probabilidades de padecer retraso cognitivo, en el desarrollo y problemas del comportamiento infantil (60–62).

Un factor protector podría ser la participación de la madre en las actividades de aprendizaje del niño, como tener lecturas juntos y también ayuda el involucrar a su hijo en las tareas diarias; pues estas actividades promueven un ambiente propicio que mejora las oportunidades del niño de tener un buen desarrollo pese a las adversidades a la que la madre estuvo expuesta.(55,61)

El lenguaje es uno de los aspectos más estudiados, y la mayoría de autores indica un bajo rendimiento de este. Según estudios, el lenguaje no verbal podría ser el más afectado, pues este se da después del nacimiento y se desarrolla en respuesta a las acciones maternas, estas últimas están abolidas en una mujer con depresión, por lo que el lactante no generara una respuesta adecuada. Algunos estudios refieren en contraposición que el lenguaje oral se desarrolla antes en los hijos de madres deprimidas como un acto de compensación a la falta de apego. (55)

En cuanto al temperamento y la conducta que desarrolla el infante, es tres a cuatro veces más probable que padezca problemas socioemocionales; la conducta y el comportamiento antisocial se revelan generalmente a los 4 años de vida, caracterizadas por aumento de la ira o uso de la fuerza, en algunos casos



llegando a producir trastornos como el déficit de atención e hiperactividad, incluso autismo (57,58).

El desarrollo cognitivo también podría alterarse, por el contrario, algunos autores mantienen la convicción de una mayor activación del lóbulo frontal derecho, el cual se encarga de procesos cognitivos complejos como el lenguaje, la memoria, el movimiento, la originalidad, la creatividad o la autoconsciencia aun cuando exista problemas de comportamiento. (55)

2.2.4 Puerperio

La palabra “puerperio” deriva de las palabras latinas “puer” (niño) y “parus” (parto). Es definida actualmente como el intervalo de tiempo que se da después del parto durante el cual los cambios anatómicos y fisiológicos de la madre causados por el embarazo vuelven al estado inicial previo a la gestación. Por tanto, su duración no es muy precisa, pero se estima que es entre cuatro a seis semanas (42 días). Aunque esta etapa no es tan complicada como el embarazo, existe una serie de cambios notables que ocurren después del parto, algunos de los cuales pueden resultar molestos o preocupantes para las madres. Es de consideración señalar que a veces ocurren complicaciones, algunas de las cuales pueden llegar a ser graves. (63)

Para muchas mujeres, el periodo posparto puede significar un momento de extrema ansiedad. Algunas pacientes pueden sentirse relegadas porque después del parto la atención se centra en el recién nacido. Kanotra et al. (2007) evaluaron los desafíos que enfrentan las mujeres entre dos y nueve meses después del parto. De esta población, el 33% sintió la necesidad de apoyo social y el 25% expresó preocupaciones sobre la lactancia materna. (64)



Se dan también cambios a nivel psicológico influenciados por el proceso de adaptación tanto para la transformación anatómica y fisiológica como para crear conexiones afectivas con el lactante. Dichos cambios psicológicos están asociados a la reducción de hormonas como estrógeno y progesterona, así como al aumento de cortisol en sangre, provocando cambios de humor y deficiencias en la adaptación del sistema nervioso central a la reducción de hormonas sexuales.

(65)

El puerperio se clasifica en:

- **Puerperio fisiológico:** se caracteriza por no presentar complicaciones y tener un desarrollo normal.
- **Puerperio patológico:** se distingue por presentar alteraciones obstétricas como enfermedades que pudieron aparecer antes, durante o después del embarazo y que se mantienen en el puerperio.

El puerperio comprende tres etapas:

- **Puerperio inmediato:** abarca las primeras 24 horas después del alumbramiento, se caracteriza por exhibir lechos sangrantes uterinos llamados loquios en representación de la expulsión de restos placentarios del útero.
- **Puerperio mediato:** abarca desde las 24 horas hasta los 7 días posparto, que es cuando mayor número de procesos involutivos de la etapa gestacional ocurren.
- **Puerperio tardío:** comprende desde los 7 hasta los 42 días después del parto, es la etapa más larga y es cuando finaliza todo el proceso de involución.



2.2.5 Definición de conceptos operacionales

- **Depresión postparto:** episodio depresivo que tiene inicio generalmente en las primeras cuatro semanas posteriores al parto. (35)
- **Embarazo no planificado:** gestación no esperada para ese momento, considerándose no deseado, además de ausencia planificación previa. (31)
- **Edad:** tiempo transcurrido desde el nacimiento de una persona hasta el momento actual.
- **Paridad:** cantidad de embarazos que tuvo una mujer con una edad gestacional mayor o igual a 20 semanas.(63)
- **Grado de instrucción:** nivel más alto de estudios alcanzados por la persona.
- **Método anticonceptivo:** procedimiento que previene o disminuye significativamente la posibilidad de fecundación en una mujer fértil, ya sea ella o su pareja quien los use.(66)



CAPÍTULO III

MATERIALES Y MÉTODOS

3.1 METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN

3.1.1 Tipo de la investigación

El actual trabajo es de índole prospectivo, puesto que, se recopiló información durante un periodo de tiempo establecido con la posterior obtención de resultados. Relacional porque se estableció la asociación entre las variables: embarazo no planificado y depresión postparto; observacional, ya que las variables no fueron manejadas ni manipuladas por el investigador, y transversal, ya que dichas variables se estudiaron en un determinado momento.

3.1.2 Diseño de la investigación

Estudio de casos y controles.

3.2 POBLACIÓN Y MUESTRA

3.2.1 Población

Pacientes que fueron atendidas en el Hospital Carlos Monge Medrano de Juliaca los meses de julio, agosto y septiembre del año 2023 y que obedecieron a los criterios de selección propuestos.

3.3 SELECCIÓN DE LA MUESTRA

Muestreo por conveniencia no probabilístico

La muestra estuvo conformada por 37 casos y 81 controles.



3.4 CRITERIOS DE SELECCIÓN

3.4.1 Criterio de inclusión (casos):

- Pacientes con depresión postparto.
- Tiempo de postparto de 1 a 6 meses.
- Pacientes que posean pretensión espontánea de participar en la indagación y firmen el consentimiento informado.

3.4.2 Criterio de inclusión (controles):

- Pacientes sin depresión postparto.
- Tiempo de postparto de 1 a 6 meses.
- Pacientes que posean pretensión espontánea de participar en la indagación y firmen el consentimiento informado.

3.4.3 Criterios de exclusión (casos y controles):

- Pacientes cuyo recién nacido falleció en el transcurso de o después del parto.
- Pacientes cuyo recién nacido presente malformaciones físicas.
- Pacientes que hayan sido detectadas previamente con enfermedades mentales.
- Pacientes que no apetezcan contribuir a la investigación y que no firmen el consentimiento informado.
- Pacientes con antecedente de patología tiroidea.
- Pacientes víctimas de abuso sexual.

3.5 UBICACIÓN Y DESCRIPCIÓN DE LA POBLACIÓN

El presente estudio se llevó a cabo en el Hospital Carlos Monge Medrano categoría II-1 de la ciudad de Juliaca, provincia de San Román, departamento de Puno, el



cual es centro de referencia de la zona Norte de nuestra región. La población atendida accede a servicios ambulatorios, de consulta, emergencia, hospitalización y cuidados críticos.

3.6 TÉCNICAS E INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS

3.6.1 Técnica de recolección de datos

Mediante la técnica de encuesta se recopiló la información requerida validando cada variable de acuerdo a los criterios de selección, así mismo se utilizó el consentimiento informado, dando a conocer a los participantes a cerca del estudio, sus objetivos e información necesaria para que las pacientes que den su asentimiento a ser partícipes de la investigación. Es importante mencionar que toda la información fue confidencial y respondida de manera anónima. (Ver anexo 2)

3.6.2 Validación de instrumentos

Para la recolección de datos acerca de la posibilidad de padecer depresión postparto se utilizó la encuesta validada EDPE elaborada por Anthony Cox y colaboradores en el año 1987 – Escocia, esta escala fue validada en Perú por Mazzoti en el año 2002 con una sensibilidad del 84.2% y especificidad del 79.5%. (43)

Escala de depresión postparto de Edimburgo: La utilidad de este test es la identificación precoz de DP, generalmente utilizada entre la sexta y octava semana postparto, la aplicación del cuestionario se da en un corto tiempo (5 minutos aproximadamente), consta de 10 ítems de selección múltiple, con puntuación de 0 a 3 lo cual es acorde a la severidad creciente de los síntomas como



idea o sentimiento de desánimo, estrés o desmotivación que afecte en la atención y cuidado del recién nacido. La participante elige la respuesta que es más representativa de como se ha sentido anímicamente durante la última semana (7 días).

La puntuación se clasifica en: sin riesgo (0 a 9 puntos), con riesgo (10 a 12 puntos), y probable depresión (13 a 30 puntos), es importante mencionar que cualquier puntaje que no sea 0 para la pregunta número 10, requiere una evaluación inmediata.

3.7 PROCEDIMIENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS

Se solicitó formalmente la autorización para recolectar datos al director del HCMM, obteniendo una respuesta favorable, se procedió a aplicar la el test a todas las participantes que cumplían con los criterios de selección y firmaban el consentimiento informado. Se brindó en todo momento la información necesaria y/o solicitada por la participante, evitando errores o confusiones al momento del llenado de la encuesta.

3.8 PROCESAMIENTO Y ANÁLISIS DE DATOS

Los datos obtenidos fueron ingresados progresivamente en la base de datos de Excel, categorizando cada variable y determinando su prevalencia. Posteriormente, se ingresó los datos al programa SPSS v26 con la finalidad de optimizar el procesamiento de datos obtenidos.

Siendo este un estudio de casos y controles, se realizó el análisis mediante Odds Ratio (OR) entre las variables cualitativas para determinar si el embarazo no planificado es un factor de riesgo para desarrollar depresión postparto. Si el OR fue mayor a 1 se

considera como factor de riesgo y si fuese menor a 1 se considera como factor protector, estimando un intervalo de confianza (IC) DEL 95%.

Odds Ratio: es una medida epidemiológica que se utiliza en los estudios de casos y controles, siendo considerada como razón de probabilidades, razón de productos cruzados, etc. El Odds Ratio es el cociente entre dos Odds, siendo este último el cociente entre la probabilidad de que un evento suceda frente a la probabilidad de que no ocurra. Por tanto, en este estudio de casos y controles el Odds Ratio es el cociente entre la Odds de exposición observada en casos y la Odds de exposición en el grupo control.

Tabla 1.

Estadígrafo de estudio

			Depresión postparto	
			SI	NO
Embarazo planificado	no	a	b	
	Embarazo planificado	c	d	

Fuente: Elaboración propia, Análisis de Datos en SPSS

$$\text{Odds Ratio} = \frac{\text{Odds of Exposure in Cases}}{\text{Odds of Exposure in Controls}} = \frac{a/c}{b/d} = \frac{a * d}{b * c}$$

Odds de exposición en casos:

$$\text{Odds of Exposure in Cases} = \frac{\text{Number of Cases with Exposure}}{\text{Number of Cases without Exposure}} = \frac{a}{c}$$

Odds de exposición en controles



$$\text{Odds of Exposure in Controls} = \frac{\text{Number of Controls with Exposure}}{\text{Number of Controls without Exposure}} = \frac{b}{d}$$

En consecuencia, la fórmula para Odds Ratio es: ((a)/(b))/((c)/(d))

Fórmula: Odds Ratio = (a x d) / (c x b)

Para determinar la asociación entre las variables se utilizó la prueba de Chi cuadrado con un nivel de significancia estadística de $p < 0.05$, donde:

- $p > 0.05$ No es significativo: No existe relación.
- $p < 0.05$ Si es significativo: Existe relación.
- $p < 0.01$ Altamente significativo: Existe relación

3.9 CONSIDERACIONES ÉTICAS

El presente trabajo de investigación fue evaluado y aprobado por la unidad de Docencia e Investigación del HCMM; protegiendo en todo momento la identidad del participante y obedeciendo el principio de confidencialidad.

Conforme a lo estipulado en el artículo 21 de la declaración de Helsinki, es derecho del participante mantener su integridad, por lo que se debe tomar todas las precauciones para asegurar la privacidad del paciente, evitando impacto alguno en su personalidad, salud física o mental.

La base de datos fue elaborada y empleada por el investigador solamente con propósitos científicos importantes. Al finalizar la investigación, la información científica obtenida será enviada al Hospital Carlos Monge Medrano de Juliaca para implementar planes de mejora y gestión.

CAPÍTULO IV

RESULTADOS Y DISCUSIÓN

4.1 RESULTADOS

4.1.1 Análisis e interpretación de datos

Tabla 2.

Embarazo no planificado en pacientes atendidas en el HCMM - Juliaca 2023.

Embarazo no planificado	N°	%
Sí	76	64,4%
No	42	35,6%
Total	118	100,0%

Fuente: Elaboración propia, Análisis de Datos en SPSS

Tal como se muestra en la tabla 2 referente a la presencia de embarazo no planificado, de las 118 participantes, el 64,4% (n=76) de las pacientes atendidas en el HCMM no planificó su embarazo. Por el contrario, el 35,6% (n=42) sí planificó su embarazo.

Tabla 3.

Depresión postparto en pacientes atendidas en el HCMM - Juliaca 2023

Depresión postparto	N°	%
Sí	37	31,4%
No	81	68,6%
Total	118	100,0%

Fuente: Elaboración propia, Análisis de Datos en SPSS

Como se aprecia en la tabla 3 correspondiente a la presencia de depresión postparto en pacientes atendidas en el Hospital Carlos Monge Medrano, de las 118



participantes, el 68,6% (n=81) de las pacientes no tuvo presencia de depresión postparto. Mientras que el 31,4% (n=37) sí tuvo presencia de depresión postparto.

Tabla 4.

Niveles de depresión postparto según el puntaje obtenido en la EDPE en pacientes atendidas en el HCMM - Juliaca 2023

Niveles de depresión postparto	N°	%
Sin riesgo	68	57,6%
En riesgo	13	11,0%
Probable depresión	37	31,4%
Total	118	100,0%

Fuente: Elaboración propia, Análisis de Datos en SPSS

De acuerdo a la tabla 4, se muestra el nivel de depresión postparto según la EDPE la cual se clasifica según el puntaje en sin riesgo (0-9 puntos), en riesgo (10 – 12 puntos) y probable depresión (13 – 30 puntos), encontrándose que el 57,6% (n=68) de las pacientes atendidas en el Hospital Carlos Monge Medrano estuvo sin riesgo de desarrollar depresión postparto. Le continúa el 31,4% (n=37) que tuvo probable depresión postparto. Mientras que el restante 11,0% (n=13) estuvo en riesgo de desarrollar depresión postparto.

4.1.2 Correlaciones del estudio

Tabla 5.

Tabla cruzada de planificación de embarazo con depresión postparto en pacientes atendidas en el HCMM - Juliaca 2023

Embarazo	Depresión posparto				Total	
	Si		No		N°	%
	N°	%	N°	%		
no planificado						
Si	29	78,4%	47	58,0%	76	64,4%
No	8	21,6%	34	42,0%	42	35,6%
Total	37	100%	81	100%	118	100%

Fuente: Elaboración propia, Análisis de Datos en SPSS

De acuerdo a la tabla 5 se aprecia que, del total de pacientes con depresión posparto (n=37), el 78,4% (n=29) no planificaron su embarazo, y el 21,6% (n=8) si lo planificaron. También se puede observar que del total de pacientes sin depresión posparto (n=81), el 58% (n=47) no planificó su embarazo y el 42% si panificó su embarazo.

Contrastación de hipótesis

Hipótesis nula (H₀): El embarazo no planificado no es un factor de riesgo asociado al desarrollo de depresión postparto en pacientes atendidas en el HCMM - Juliaca 2023.

Hipótesis alterna (H_a): El embarazo no planificado es un factor de riesgo asociado al desarrollo de depresión postparto en pacientes atendidas en el HCMM - Juliaca 2023.

Nivel de significancia: 0,05

Tabla 6.

Prueba de Chi2 y coeficiente OR sobre planificación de embarazo y depresión postparto

Chi²	gl	p	OR	IC
4,59	1	0,032	2,622	1,068 - 6,44

Fuente: Elaboración propia, Análisis de Datos en SPSS

Prueba estadística: Según se muestra en la tabla 6, hubo un valor p de 0,032 ($p < 0,05$). Encontrándose que existe asociación significativa entre el embarazo no planificado y el desarrollo de depresión postparto. A su vez, de acuerdo al coeficiente OR hubo un valor de 2,622. Lo cual significa que las pacientes que no planificaron su embarazo tuvieron 2,622 veces probabilidad de riesgo de desarrollar depresión postparto, en comparación a las pacientes que sí planificaron su embarazo. Asimismo, de acuerdo al IC de 1,068 hasta 6,44, el riesgo indicado resulta significativo. En suma, se rechaza la H0 y se permite indicar que el embarazo no planificado es un factor de riesgo asociado al progreso de depresión postparto en pacientes atendidas en el HCMM - Juliaca 2023.

4.1.3 Variables intervinientes

Tabla 7.

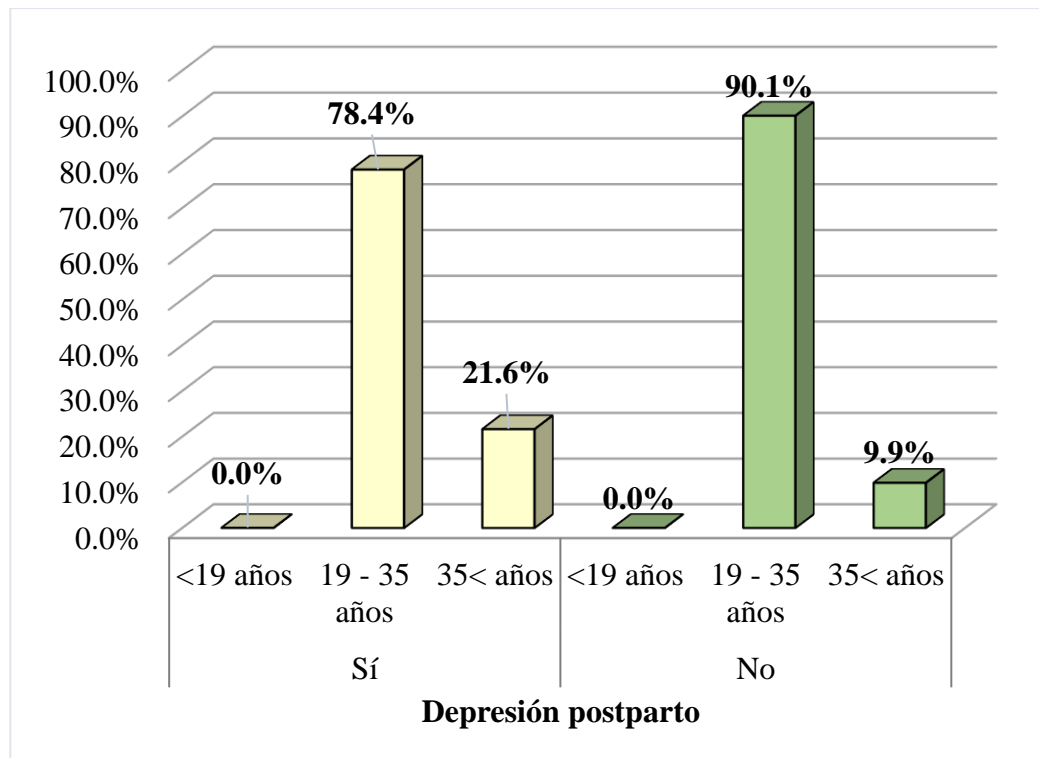
Edad de pacientes de ambos grupos atendidas en el HCMM - Juliaca 2023

Edad	Depresión postparto			
	Sí		No	
	Nº	%	Nº	%
<19 años	0	0,0%	0	0,0%
19 - 35 años	29	78,4	73	90,1%
>35 años	8	21,6%	8	9,9%
Total	37	100,0%	81	100,0%

Fuente: Elaboración propia, Análisis de Datos en SPSS

Figura 1.

Edad de pacientes de ambos grupos atendidas en el HCMM - Juliaca 2023



Fuente: Elaboración propia, Análisis de Datos en SPSS

Conforme se muestra en la tabla 7 y figura 1, de las 37 pacientes que sí tuvieron depresión postparto, principalmente, el 78,4% (n=29) tuvo entre 19 a 35

años, seguido por el 21,6% (n=8) que tuvo más de 35 años. En comparación a ello, de las 81 pacientes que no tuvieron depresión postparto, en mayor medida, el 90,1% (n=73) tuvo entre 19 a 25 años, y el 9,9% (n=8) tuvo más de 35 años.

Tabla 8.

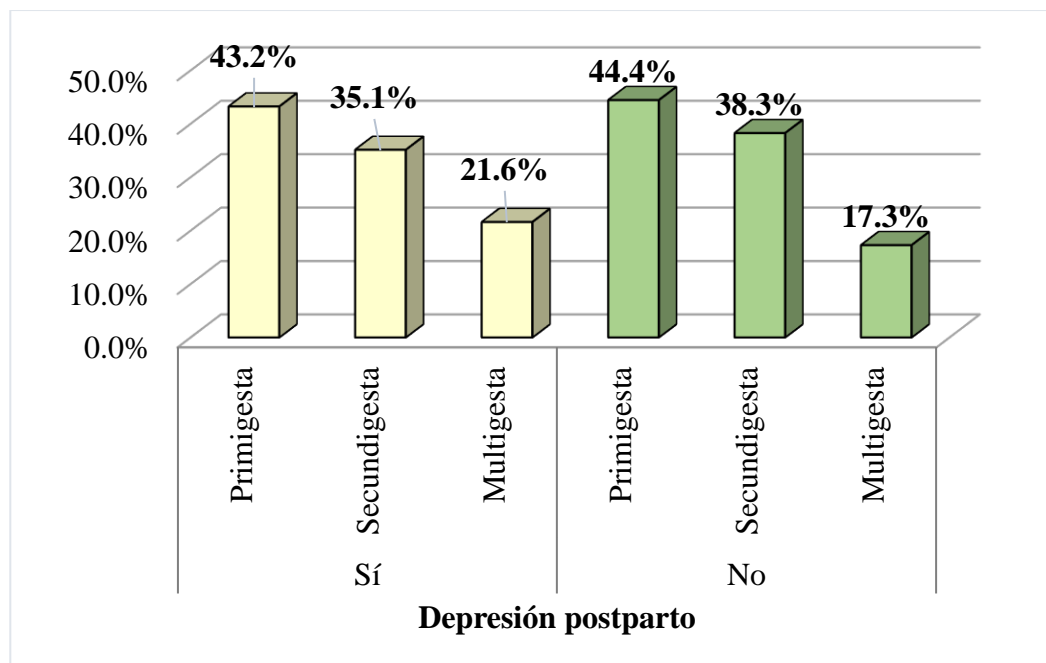
Paridad de pacientes de ambos grupos atendidas en el HCMM - Juliaca 2023

Paridad	Depresión postparto			
	Sí		No	
	N°	%	N°	%
Primigesta	16	43,2%	36	44,4%
Secundigesta	13	35,1%	31	38,3%
Multigesta	8	21,6%	14	17,3%
Total	37	100,0%	81	100,0%

Fuente: Elaboración propia, Análisis de Datos en SPSS

Figura 2.

Paridad de pacientes de ambos grupos atendidas en el HCMM - Juliaca 2023



Fuente: Elaboración propia, Análisis de Datos en SPSS

Tal como se aprecia en la tabla 8 y figura 2, de las 37 pacientes que sí tuvieron depresión postparto, en mayor medida, el 43,2% (n=16) fue primigesta; el 35,1% (n=13) fue secundigesta; y el 21,6% (n=8) fue multigesta. En comparación a ello, de las 81 pacientes que no tuvieron depresión postparto, principalmente, el 44,4% (n=36) fue primigesta; el 38,3% (n=31) fue secundigesta, y el 17,3% (n=14) fue multigesta.

Tabla 9.

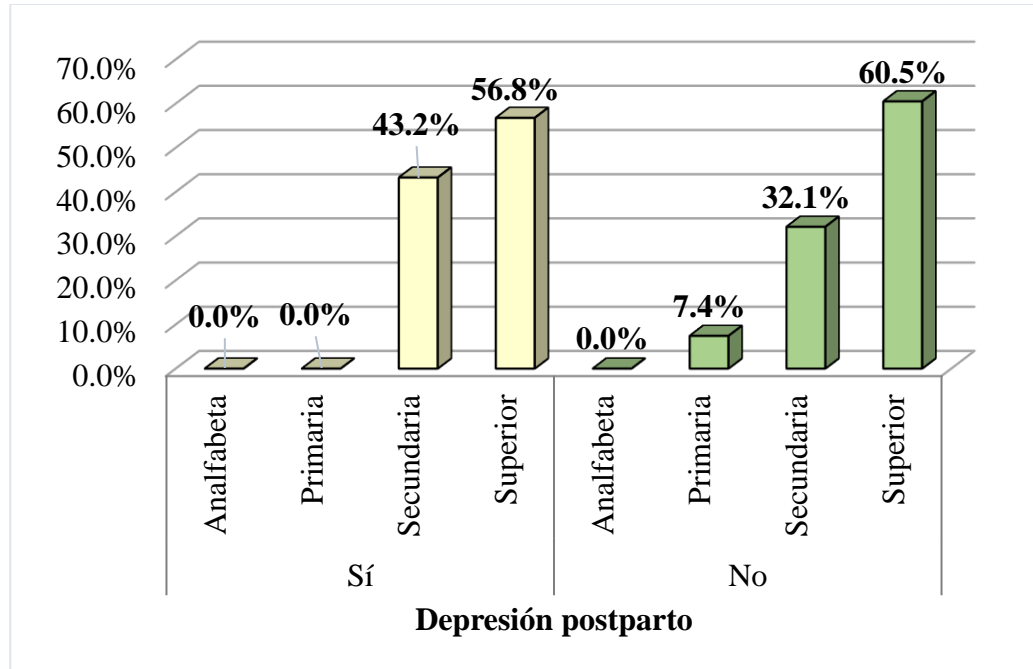
Grado de instrucción de pacientes de ambos grupos atendidas en el HCMM - Juliaca 2023

Grado de instrucción	Depresión postparto			
	Sí		No	
	N°	%	N°	%
Analfabeta	0	0,0%	0	0,0%
Primaria	0	0,0%	6	7,4%
Secundaria	16	43,2%	26	32,1%
Superior	21	56,8%	49	60,5%
Total	37	100,0%	81	100,0%

Fuente: Elaboración propia, Análisis de Datos en SPSS

Figura 3.

Grado de instrucción de pacientes de ambos grupos atendidas en el HCMM - Juliaca 2023



Fuente: Elaboración propia, Análisis de Datos en SPSS

De acuerdo a la tabla 9 y figura 3, de las 37 pacientes que sí presentaron depresión postparto, destaca el 56,8% (n=21) que tuvo grado de instrucción superior; seguido por el 43,2% (n=16) que tuvo secundaria. En comparación a ello, de las 81 pacientes que no presentaron depresión postparto, principalmente, el 60,5% (n=49) tuvo grado de instrucción superior; seguido por el 32,1% (n=26) que tuvo secundaria; y el 7,4% (n=6) que tuvo primaria.

Tabla 10.

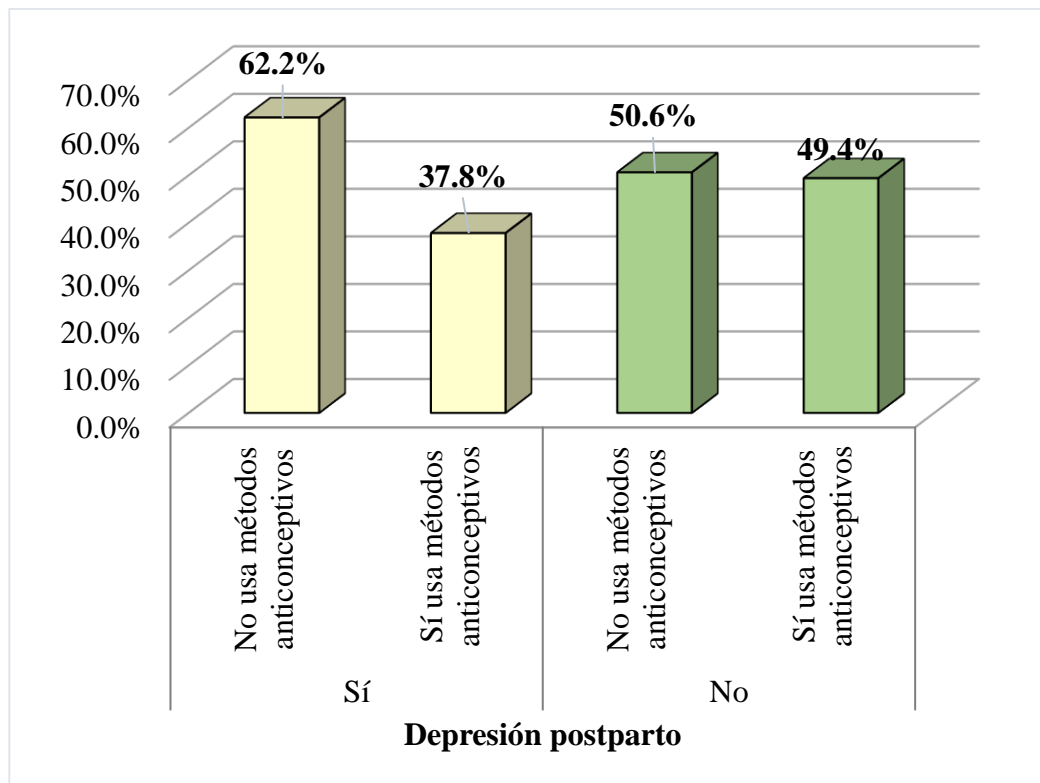
Uso de métodos anticonceptivos en pacientes de ambos grupos atendidas en el HCMM - Juliaca 2023

Uso de métodos anticonceptivo s	Depresión postparto			
	Sí		No	
	N°	%	N°	%
No usa	23	62,2%	41	50,6%
Sí usa	14	37,8%	40	49,4%
Total	37	100,0%	81	100,0%

Fuente: Elaboración propia, Análisis de Datos en SPSS

Figura 4.

Uso de métodos anticonceptivos en pacientes de ambos grupos atendidas en el HCMM - Juliaca 2023



Fuente: Elaboración propia, Análisis de Datos en SPSS

Según se muestra en la tabla 10 y figura 4, de las 37 pacientes que sí presentaron depresión postparto, principalmente, el 62,2% (n=23) no usa métodos



anticonceptivos; mientras que el 37,8% (n=14) sí usa métodos anticonceptivos. En comparación a ello, de las 81 pacientes que no presentaron depresión postparto, el 50,6% (n=41) no usa métodos anticonceptivos; y el 49,4% (n=40) sí usa métodos anticonceptivos.

Tabla 11.

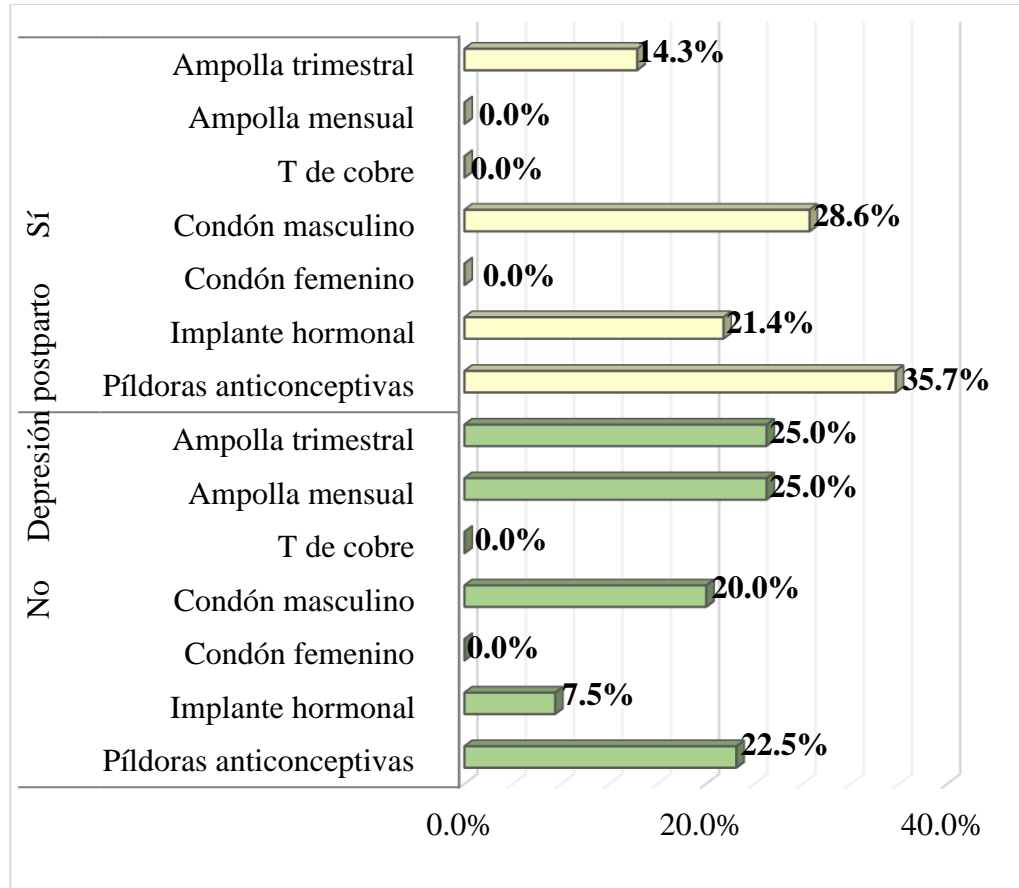
Tipo de método anticonceptivo usado por pacientes de ambos grupos atendidas en el HCMM - Juliaca 2023

Tipo de método anticonceptivo	Depresión postparto			
	Sí		No	
	N°	%	N°	%
Ampolla trimestral	2	14,3%	10	25,0%
Ampolla mensual	0	0,0%	10	25,0%
T de cobre	0	0,0%	0	0,0%
Condón masculino	4	28,6%	8	20,0%
Condón femenino	0	0,0%	0	0,0%
Implante hormonal	3	21,4%	3	7,5%
Píldoras anticonceptivas	5	35,7%	9	22,5%
Total	14	100,0%	40	100,0%

Fuente: Elaboración propia, Análisis de Datos en SPSS

Figura 5.

Tipo de método anticonceptivo usado por pacientes de ambos grupos atendidas en el HCMM - Juliaca 2023



Fuente: Elaboración propia, Análisis de Datos en SPSS

En la tabla 11 y figura 5 se evidencia que, al respecto de las 54 pacientes que, si utilizaron métodos anticonceptivos, de las que 14 pacientes que, si presentaron depresión postparto, principalmente, el 35,7% (n=5) usa píldoras anticonceptivas; seguido por el 28,6% (n=4) que utiliza condón masculino; el 21,4% (n=3) que usa implante hormonal; y el 14,3% (n=2) que usa ampolla trimestral. En comparación a ello, de las 40 pacientes que no presentaron depresión postparto, el 25,0% (n=10) usa ampolla trimestral; el otro 25,0% (n=10) usa ampolla mensual; el 22,5% (n=9) usa píldoras anticonceptivas; el 20,0% (n=8) utiliza condón masculino; y el restante 7,5% (n=3) usa implante hormonal.



4.2 DISCUSIÓN

La salud mental perinatal es un tema que merece relevancia, si bien priorizar la salud física de la madre y el recién nacido es importante, la salud mental de la madre también cumple un rol elemental tanto en el desarrollo del recién nacido como en el bienestar de la madre. En la actualidad se ha evidenciado un incremento en cuanto a los problemas de salud mental, la depresión y ansiedad aumentaron más de un 25% en el primer año de la pandemia por COVID-19, y el acceso a una atención de salud mental eficaz es escaso para países de bajos recursos, así como el manejo de estas patologías tan solo llegan a cifras del 3% de cobertura. (67)

La presente investigación encontró porcentajes de depresión postparto que llegan al 31,4% de las pacientes encuestadas (consideradas con un puntaje igual o mayor 13 en la EDPE), resultado semejante a un estudio reportado en Lima, donde la prevalencia fue del 34,1% (68). Un estudio relativamente similar, pero con un porcentaje mayor, es realizado por Masías y Arias, donde se identificó una prevalencia del 45,13% de madres púerperas con síntomas de depresión postparto. (69) Otra investigación realizada este año en Cañete consideró a 146 participantes e identificó que el 54,11% de las púerperas tenía una puntuación mayor a 13, cifra superior a la encontrada en nuestro estudio.

En nuestra región los resultados de depresión postparto según Sosa Y fue del 29% en riesgo, un 20% si presenta y el 51% no presenta depresión postparto (29), datos de clasificación según el puntaje de la EDPE que se aproximan a los encontrados en este estudio donde el 11,0% estuvo en riesgo, un 31,4% si presenta y el 57,6% no presento depresión postparto. Estas cifras difieren en cantidad al estudio realizado por Ramos T. en el Hospital Manuel Núñez Butrón de Puno, donde 83.92% fue considerada con depresión postparto. (28) Es importante mencionar que el 11,0% de púerperas “en riesgo”



encontradas en este estudio es una cantidad considerable, y si es adicionada al 31,4% de pacientes con “probable depresión” obtendremos que un 42,4% de nuestra población presenta síntomas depresivos que merecen ser atendidos.

Analizando la variable independiente “embarazo no planificado” se evidenció en este estudio que el 64,4% de la población general no planificó su embarazo, resultados parecidos a los encontrados por Valdivia M. en Iquitos, donde encontró un 52% que no planificó su embarazo, resultados también similares a lo encontrado por Mamani G, con un 58,6%; por otro lado, Llirod M. en Trujillo evidencio una prevalencia del 86,7%, semejante a Rodríguez G. y Roncal A. donde tenemos un 74,66% de puérperas con embarazo no planificado. A nivel internacional, los estudios realizados por Romero D. en Chile y Faisal C. en Brasil también revelan porcentajes elevados de ausencia en la planificación del embarazo, llegando al 44,2% y 67,8% respectivamente. Lo que en consecuencia constata que un porcentaje significativo de nuestra población no planifica su embarazo, acarreado los múltiples efectos subsiguientes. (17,20,24,25)

Al comparar los grupos de casos y controles y relacionarlos con la presencia o no de planificación del embarazo, identificamos que de las pacientes con depresión postparto (casos) el 78,4% no planificó su embarazo, y de las pacientes que no presentaron depresión postparto (controles) el 58,0% no planificaron su embarazo, un porcentaje relativamente menor en comparación a los casos. Posterior al análisis estadístico en el presente estudio se determinó que existe asociación significativa entre el embarazo no planificado y la depresión postparto con un p de 0,032 ($p < 0,05$); además, según el Odds Ratio el embarazo no planificado es factor de riesgo con un IC: 1,068 – 6,44 siendo el riesgo significativo, dándonos 2,622 veces probabilidad de presentar depresión postparto. Resultado semejante al estudio de Valdivia M. donde las puérperas que refirieron no



haber planificado su embarazo presentaron un riesgo de 1.75 veces de desarrollar la enfermedad, pudiendo incrementarse este riesgo a 2.38 veces ($X^2 = 14.18$, $p = < 0.001$, $RR = 1.75$, $IC = 1.29-2.38$), esta asociación es también corroborada por Llirod M. quien demuestra que la depresión puerperal se relaciona significativamente con la gestación no planificada de las puérperas del Hospital Belén de Trujillo (Chi cuadrado es $X^2 = 9.46$ con nivel de significancia $p = 0.002$, $OR = 12.74$ con intervalo de confianza al 95% entre 1.66 a 97.44 demuestra que la asociación es positiva), así también Ramos J., Lam M., Contreras H. et al. concuerdan con ese resultado, pues consideran la ausencia de planificación del embarazo como factor asociado a depresión postparto.

Estudios a nivel internacional de la misma manera respaldan la asociación entre embarazo no planificado y depresión posparto como Xin Qiu et al, Faisal C. en Brasil y Curi L. quien además refiere que existen otros componentes condicionantes como el maltrato familiar, soporte sociofamiliar, el sustento económico y la preferencia hacia el sexo masculino del neonato (11,12,16). Por el contrario, en las investigaciones realizadas por Cerda M., Juárez M., Rodríguez G. y Roncal A. no evidencian asociación significativa entre dichas variables, resultados concordantes a los estudios realizados en Venezuela por Meléndez M. quien orienta como causa de la depresión al mecanismo biológico hormonal que sucede en el posparto, así mismo, Samaniego V. en Ecuador no encontró asociación significativa entre dichas variables, identificando como factores más relevantes al apoyo de la pareja, el apoyo familiar y el estrés. (14,37)

En cuanto a las variables intervinientes, se realizó un análisis comparativo entre los grupos de casos y controles. La edad fue dividida en tres grupos teniendo en cuenta el nivel de desarrollo de la mujer, el grupo de menores de 19 años es un grupo vulnerable, pues comprende la etapa adolescente el cual es considerado como factor de riesgo para



depresión postparto en diversos estudios, en esta investigación, sin embargo, no se encontró ninguna participante que pertenezca a este grupo.

El grupo etario de 19 a 35 años fue el más numeroso tanto en el grupo de casos (78,4%) como en el de los controles (90,1%), este grupo es considerado como un rango de edad sin posibles complicaciones, dado que el desarrollo de la mujer es el adecuado tanto física como mentalmente, por lo que se podría considerar conveniente encontrar la mayoría de la población en este grupo. Esto es acorde a los resultados de Valdivia M. donde 72% de las participantes tenían de 18 a 35 años y el 28% eran menores de 18 o mayores de 35 años, siendo estos últimos considerados como factores de riesgo para el desarrollo de DP. Llirod M identifico resultados similares en el cual 60% que padecen de depresión puerperal tienen entre 20 a 27 años de edad y el 40% tienen entre 28 a 35 años de edad. En contraste, Cerda M. revelo que el 43.3% y el 58.3% de las puérperas con y sin depresión postparto respectivamente, la edad más frecuente fue de 20 a 27 años (OR: 1.23; IC 95% 0.50 - 3.04) no encontrándose asociación estadísticamente significativa. Así también, en el estudio de Romero G. el mayor porcentaje de puérperas 29% oscila entre las edades de 26 a 30 años, encontrándose que las más afectadas con depresión posparto son las jóvenes, sin embargo, no se encontró asociación (21), de igual manera Mamani G. y Vásquez encontraron que el rango de edad más frecuente fue de 19 a 34 años, pero sin asociación significativa a depresión posparto.

Con respecto al grupo de mujeres mayores de 35 años, también es considerado de riesgo por el deterioro progresivo del aparato reproductor de la mujer y la capacidad de sobrellevar el proceso de gestación. Se encontró en este estudio que el 21,6% en los casos y el 9,9% en los controles eran puérperas mayores de 35 años, Mamani G. encontró resultados similares en los casos (25%), pero muy diferentes en los controles (75%), otra



investigación realizada por Juárez M. percibió resultados de un 24% en los controles y un 9% en los casos para este grupo etario. Romero G. también identificó un importante porcentaje de mujeres mayores de 36 años en su estudio (27,7%).

En cuanto a la paridad, este estudio identificó que el 43,2% de mujeres con depresión postparto fueron primigestas, el 35,1% fue secundigesta; y el 21,6% fue multigesta, resultados similares a los encontrados en otros estudios si consideramos que el porcentaje de secundigestas y multigestas superan al grupo de primigestas en este estudio. Llirod M. identificó que de las puérperas con DP un 27,3% son primigestas y el 72,8% comprendía a las mujeres secundigestas y multigestas. Mamani G. también concuerda y concluye que existe asociación significativa entre la DP y la paridad, siendo las mujeres múltiparas las más susceptibles. Por el contrario, Cerda M. infiere que existe una probabilidad 1.15 veces más de tener depresión postparto en mujeres primíparas (OR: 1.15; IC95% 0.472–2.787), aunque estos resultados no fueron significativos $p > 0.05$; de igual manera Romero G y Juárez M. encontraron niveles de DP mayores en primíparas, pero no hallando asociación significativa.

En lo referente a grado de instrucción, diversos estudios revelan que el no presentar estudios superiores podría ser factor de riesgo para depresión postparto, tal como lo demuestra Masías y Arias, quienes determinaron que el grado de instrucción se relaciona negativamente con la depresión postparto, siendo este resultado compatible con los estudios de Valdivia M., Llirod M., Romero G., Juárez M., Lipa F. y Ramos T. Sin embargo, en este estudio se halló que 43,2% de las mujeres con depresión había estudiado hasta secundaria y 56,8% estudio hasta superior. Datos acordes con lo encontrado por Cerda M. quien identificó una probabilidad de 1.35 veces más en tener depresión postparto cuando la mujer tiene grado de instrucción superior (OR: 1.35; IC 95% 0.535 -



3.408) aunque este resultado no fue estadísticamente significativo; así mismo, Rodríguez y Roncal hallaron un elevado porcentaje de mujeres con depresión postparto y grado de instrucción superior (68,49%), a nivel regional esto concuerda con el estudio realizado por Tello Z. quien identificó al grado de instrucción superior como un factor que lleva a depresión posparto.

Considerando el uso de métodos anticonceptivos, parte de la planificación familiar y elemento importante si se desea tener un embarazo planificado, el presente estudio identifico que 54% de las participantes no utilizaron métodos anticonceptivos modernos, dándonos un 45% aproximadamente de mujeres puérperas que si utilizaron algún método anticonceptivo moderno. Analizando el grupo de casos, el 62,2% no utilizó métodos anticonceptivos, mientras que el 37,8% sí los utilizó, resultados similares a los encontrados por Ramos J. quien encontró que el 26.7% de puérperas con DP afirman haber usado alguna vez un método anticonceptivo, sin embargo, el 73.3% niegan haber usado un método anticonceptivo.

De acuerdo con ENDES 2022, más de tres cuartos de mujeres actualmente unidas (casadas y/o convivientes de 15 a 49 años de edad) estaban usando algún método anticonceptivo al momento de la entrevista (77,9%), de ellas, el 56,6% algún método moderno y el 21,4% alguno tradicional, encontrándose la región de Puno como uno de los departamentos que menos utiliza métodos anticonceptivos modernos con porcentajes que oscilan entre el 28,0% al 32,3%. (70)

Finalmente, en lo que respecta al tipo de método anticonceptivo utilizado, en la presente investigación el mayor porcentaje alcanzado en el grupo sin depresión fue la ampolla trimestral (25%) y la ampolla mensual (25%), en comparación al grupo con



depresión postparto donde el método anticonceptivo más utilizado fueron las píldoras anticonceptivas (35,7%) seguida del condón masculino (28,6%).

Según ENDES 2022, se considera al método moderno tipo inyectable como el más frecuentemente utilizado con un 18,7%, en segundo lugar, tenemos al condón masculino con un 12,2% de uso y es seguido por la esterilización femenina con un 10,9%. El método inyección se compone de casi un cuarto de las usuarias procedentes del área rural (24,3%), en comparación al condón masculino, el cual es mayormente utilizado en el área urbana (13,7%). La esterilización femenina es usada por el 12,5% en el área urbana y el 5,5% en el área rural. (70)



V. CONCLUSIONES

- Si existe asociación entre el embarazo no planificado y la depresión postparto, considerándose al embarazo no planificado como factor de riesgo para el desarrollo de depresión postparto en pacientes atendidas en el Hospital Carlos Monge Medrano de Juliaca, 2023.
- La mayoría de pacientes atendidas en el Hospital Carlos Monge Medrano de Juliaca, 2023 no planificó su embarazo (64,4%), evidenciándose un mayor porcentaje de este resultado en pacientes con depresión posparto (78,4%) a diferencia de las pacientes sin depresión posparto (58%).
- Comparando las variables intervinientes, tanto en los casos como en los controles los factores como edad entre 19 y 35 años, condición de primiparidad, grado de instrucción superior, no usar métodos anticonceptivos presentaron mayores porcentajes. En cuanto al tipo de método anticonceptivo utilizado en ambos grupos, se vio que, la ampolla trimestral, el condón, y las píldoras anticonceptivas fueron los métodos más utilizados, sin embargo, las pacientes con depresión presentaron un porcentaje mayor de uso de implante hormonal en comparación a los controles quienes utilizaron la ampolla mensual en mayor grado.



VI. RECOMENDACIONES

- Se propone la implementación de programas que sean beneficiosos para la población afectada y en riesgo, incentivando el cuidado de la salud mental en la puérpera y la gestante. Estos programas podrían incluir grupos de aprendizaje para madres primerizas, grupos de apoyo ante los cambios percibidos por la nueva maternidad.
- Promover las evaluaciones periódicas que incorporen el uso de la Escala de Depresión Postparto de Edimburgo (EDPE), por ser una encuesta de fácil acceso y corta duración para el diagnóstico precoz de esta patología, tanto en puérperas como gestantes, y de esta manera, brindar el apoyo necesario y oportuno.
- Es de consideración impulsar y mejorar la atención en planificación familiar, implementando campañas y programas que favorezcan el uso de métodos anticonceptivos, pues estos son importantes herramientas que permiten planificar el embarazo, dando poder y decisión a la mujer sobre su salud reproductiva.
- Efectuar un trabajo conjunto entre las diferentes áreas de atención a la mujer, puérpera y gestante del HCMM de Juliaca, capacitando al personal para identificar una probable depresión perinatal evitando múltiples complicaciones.



VII. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Young Candia C del R. Factores asociados a depresión postparto en puérperas del servicio de Obstetricia del Hospital Nacional Arzobispo Loayza. [Perú]: Universidad Nacional Mayor de San Marcos ; 2016.
2. Prieto García C. Facultad de enfermería y fisioterapia “Depresión posparto: revisión de los factores de riesgo”. [Salamanca, España]: Universidad de Salamanca; 2020.
3. Mayer L, Arean C. Depresión posparto (DPP) y consecuencias en el neurodesarrollo del niño: una revisión sistemática. Universidad Abierta Interamericana; 2021.
4. Contreras-Carreto NA, Moreno-Sánchez P, Márquez-Sánchez E, Vázquez-Solares V, Pichardo-Cuevas M, Ramírez-Montiel ML, et al. Perinatal mental health and recommendations for integral care in gyneco-obstetric hospitals. *Cirugia y Cirujanos (English Edition)*. el 1 de julio de 2022;90(4):564–72.
5. Caparros-Gonzalez Rafael A., Romero-Gonzalez Borja, Peralta-Ramirez María Isabel. Depresion postparto un problema de salud pública mundial. *Pan American Journal of Public Health*. 2018;
6. González-González A, Casado-Méndez PR, Molero-Segrera M, Santos-Fonseca RS, López-Sánchez I, González-González A, et al. Factores asociados a depresión posparto. *Revista Archivo Médico de Camagüey* [Internet]. 2019 [citado el 9 de julio de 2023];23(6):770–9. Disponible en:



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

7. Aramburú P, Arellano R, Jáuregui S, Pari L, Salazar P, Sierra O. Prevalencia y factores asociados a depresión posparto en mujeres atendidas en establecimientos de salud del primer nivel de atención en Lima Metropolitana, junio 2004. *Revista Peruana de Epidemiología* [Internet]. 2008;12:1–5. Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=203120335006>
8. Escobar J, Pacora P, Custodio N, Villar W. Depresión posparto: ¿se encuentra asociada a la violencia basada en género? *Anales de la Facultad de Medicina* [Internet]. 2009;70(2):115–8. Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=37912405006>
9. Kantorová V, Wheldon MC, Ueffing P, Dasgupta ANZ. Estimating progress towards meeting women’s contraceptive needs in 185 countries: A Bayesian hierarchical modelling study. *PLoS Med.* el 18 de febrero de 2020;17(2).
10. Bellizzi S, Mannava P, Nagai M, Sobel HL. Reasons for discontinuation of contraception among women with a current unintended pregnancy in 36 low and middle-income countries. *Contraception.* el 1 de enero de 2020;101(1):26–33.
11. Qiu X, Zhang S, Sun X, Li H, Wang D. Unintended pregnancy and postpartum depression: A meta-analysis of cohort and case-control studies. *J Psychosom Res.* el 1 de noviembre de 2020;138.



12. Curi Fernandez Linnet Emely. Asociación entre el embarazo no deseado y la depresión postparto en puérperas mediatas y tardías: una revisión narrativa de los últimos 6 años. [Lima]: Universidad Nacional Mayor de San Marcos; 2022.
13. Meléndez M, Díaz M, Bohorjas L, Cabaña A, Casas J, Castrillo M, et al. Depresión postparto y los factores de riesgo. 2017;21:25–36.
14. Samaniego Ávila VC. Factores asociados a la depresión posparto en gestantes ingresadas en el área de Ginecología de un Hospital de la ciudad de Guayaquil, año 2019. [Guayaquil]: Universidad Católica de Santiago de Guayaquil; 2020.
15. Romero D, Orozco LA, Ybarra L, Gracia BI. Trabajos Originales Sintomatología depresiva en el post parto y factores psicosociales asociados. Rev Chil Obstet Ginecol. 2017;82(2).
16. Faisal-Cury A, Menezes PR, Quayle J, Matijasevich A. Unplanned pregnancy and risk of maternal depression: secondary data analysis from a prospective pregnancy cohort. Psychol Health Med. 2017;22(1).
17. Rodriguez Romero GM, Roncal Calderón AG. Factores de riesgo asociados a depresión postparto en puérperas atendidas en el Puesto de Salud Malvinas y Centro de Salud Imperial – Cañete durante el periodo Septiembre-Diciembre 2021. [Lima]: Universidad Ricardo Palma; 2023.
18. Juárez Vásquez MJ. Factores asociados a depresión postparto en puérperas inmediatas atendidas en el Hospital de apoyo II-2 Sullana, durante los meses de febrero Marzo del 2022. [Sullana]: Universidad Nacional de Piura; 2022.



19. Vera Diaz Jara Eliana Belen. Factores de riesgo asociados a depresión postparto en puérperas del Hospital Regional Docente de Trujillo. [Trujillo]; 2013.
20. Mamani de Lama GE. Incidencia y factores de riesgo asociados a depresión postparto. Centro de Salud Zamacola. Arequipa – 2017. [Arequipa]; 2019.
21. Romero Medina Guillermo Enrique. Relación entre características sociodemográficas y riesgo de depresión postparto en puérperas de la clínica Good Hope noviembre de 2015. [Lima]: Universidad Ricardo Palma; 2016.
22. Ramos Abundo Judith Thalía. Depresión postparto, asociado a la planificación del embarazo en adolescentes primigestas, atendidas en el centro de salud Aparicio Pomares – Huánuco. 2019. [Huánuco]: Universidad Nacional Hermilio Valdizán; 2020.
23. Cerda Sanchez Mayra Azucena. Factores sociodemograficos, primiparidad y su relacion con la depresion postparto en puerperas de 20 a 34 años atendidas en el Hospital Nacional Docente Madre Niño San Bartolome enero 2017. [Lima]: Universidad Nacional Mayor de San Marcos; 2017.
24. Llirod Ravello Maria Alejandra. Asociación entre gestación no planificada y depresión puerperal. [Trujillo]: Universidad Privada Antenor Orrego; 2018.
25. Valdivia Sanchez Mac Josue. Factores asociados a la depresión postparto en puérperas atendidas en el Hospital Iquitos 2020. [Iquitos]: Universidad Nacional de la Amazonia Peruana; 2020.



26. Tello Yupanqui ZF. Factores que conllevan a la depresión postparto en puérperas del centro de salud Simón Bolívar – Puno 2018. [Puno]: Universidad Andina Néstor Cáceres Velásquez; 2018.
27. Lipa Tudela F. Depresión postparto en puérperas primíparas y multíparas del establecimiento de salud I-3 José Antonio Encinas, Puno 2014. [Puno]: Universidad Nacional del Altiplano; 2014.
28. Ramos Huallpartupa TG. Factores de riesgo asociados a la depresión posparto en puerperas que acuden al servicio de gineco obstetricia del Hospital Regional Manuel Nuñez Butron Puno 2022. [Puno]: Universidad Andina Néstor Cáceres Velásquez; 2022.
29. Sosa Ramos YS. Factores asociados a la depresión posparto en mujeres primíparas que acuden al puesto de salud Salcedo Puno 2018. [Puno]: universidad andina “Nestor Cáceres Velásquez”; 2018.
30. Encuesta Demográfica y de Salud Familiar - ENDES. Perú; 2020.
31. Vetanzo Sánchez GCA. Embarazo no planificado y sus factores asociados segun la encuesta demografica y salud familiar del Peru en el 2017. [Lima, Perú]: Universidad Nacional Mayor de San Marcos; 2019.
32. World Family Planning 2022 Meeting the changing needs for family planning: Contraceptive use by age and method.
33. United Nations. Department of Economic and Social Affairs. Population Division. World family planning 2020 highlights : accelerating action to ensure universal access to family planning. 39 p.



34. Guevara Ríos E. Impact of family planning on women's health. *Rev Peru Investig Matern Perinat.* 2017;6(1):7–8.
35. Manual de Psiquiatría Perinatal Guía para el manejo de los trastornos mentales durante el embarazo, posparto y lactancia [Internet]. [citado el 9 de julio de 2023]. Disponible en: https://www.tumacro.com/manual_de_psiquireia_perinatal_guia_para_el_manejo_de_los_trastornos_mentales_durante_el_embarazo_posparto_y_lactancia/p
36. Pérez Miranda G, Ortiz Pinilla D, Niño Mancera DA, Gómez Salcedo LH, Bayona Granados KV. Eficacia de las intervenciones no farmacológicas en la prevención de la depresión posparto: una revisión sistemática de los resultados en gestantes con y sin factores de riesgo. *Revista Médicas UIS.* el 2 de junio de 2021;34(1).
37. Meléndez M, Díaz M, Bohorjas L, Cabaña A, Casas J, Castrillo M, et al. Depresión posparto y los factores de riesgo. 2017;21:25–36.
38. Nock MK, Borges G, Bromet EJ, Cha CB, Kessler RC, Lee S. Suicide and suicidal behavior. *Epidemiol Rev.* noviembre de 2008;30(1):133–54.
39. Friedman SH, Hrouda DR, Holden CE, Noffsinger SG, Resnick PJ. Filicide-suicide: Common factors in parents who kill their children and themselves. *Journal of the American Academy of Psychiatry and the Law.* 2005;33(4).
40. Enrique Jadresic DM. Perinatal depression: detection and treatment. 2014.
41. Guille C, Newman R, Fryml LD, Lifton CK, Epperson CN. Management of Postpartum Depression. *J Midwifery Womens Health* [Internet]. 2013



- [citado el 29 de octubre de 2023];58(6):643. Disponible en: [/pmc/articles/PMC4101986/](#)
42. Programa presupuestal 0131: Control y Prevención en Salud. Perú; 2021.
 43. Vega-Dienstmaier J, Mazzotti Suárez G, Campos Sánchez M. Validación de una versión en español de la Escala de Depresión Postnatal de Edimburgo. *Actas Esp Psiquiatr* [Internet]. 2002 [citado el 15 de noviembre de 2023];30(2):106–11. Disponible en: <https://medes.com/publication/4945>
 44. Vega-Dienstmaier JM. Depresión postparto en el Perú. *Revista Médica Herediana*. el 4 de enero de 2018;29(4):207.
 45. Martín Maldonado-Durán J. *Salud Mental Perinatal*. 2011.
 46. Putnam K, Robertson-Blackmore E, Sharkey K, Payne J, Bergink V, Munk-Olsen T, et al. Heterogeneity of postpartum depression: A latent class analysis. *Lancet Psychiatry* [Internet]. el 1 de enero de 2015 [citado el 30 de octubre de 2023];2(1):59–67. Disponible en: <http://www.thelancet.com/article/S2215036614000558/fulltext>
 47. Solís Solano M, Pineda Mejía AL, Chacón Madrigal J. Abordaje clínico y manejo de la depresión posparto. *Revista Médica Sinergia* [Internet]. 2019;4(6):90–9. Disponible en: <http://revistamedicasinergia.com>
 48. Dennis CL. Psychosocial interventions for the treatment of perinatal depression. *Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol*. el 1 de enero de 2014;28(1):97–111.
 49. Cooper PJ, Murray L, Wilson A, Romaniuk H. Controlled trial of the short- and long-term effect of psychological treatment of post-partum depression:



- I. Impact on maternal mood. *The British Journal of Psychiatry* [Internet]. el 1 de mayo de 2003 [citado el 30 de octubre de 2023];182(5):412–9. Disponible en: <https://www.cambridge.org/core/journals/the-british-journal-of-psychiatry/article/controlled-trial-of-the-short-and-longterm-effect-of-psychological-treatment-of-postpartum-depression/90369B0B89573A619F123F08A018425C>
50. Scope A, Leaviss J, Kaltenthaler E, Parry G, Sutcliffe P, Bradburn M, et al. Is group cognitive behaviour therapy for postnatal depression evidence-based practice? A systematic review [Internet]. 2013. Disponible en: <http://www.biomedcentral.com/1471-244X/13/321>
51. O’Hara MW, Mc Cabe JE. Postpartum Depression: Current Status and Future Directions. <https://doi.org/10.1146/annurev-clinpsy-050212-185612> [Internet]. el 28 de marzo de 2013 [citado el 30 de octubre de 2023];9:379–407. Disponible en: <https://www.annualreviews.org/doi/abs/10.1146/annurev-clinpsy-050212-185612>
52. Rgen Barth J, Munder T, Gerger H, Nü Esch E, Trelle S, Rg Znoj H, et al. Comparative Efficacy of Seven Psychotherapeutic Interventions for Patients with Depression: A Network Meta-Analysis. [citado el 30 de octubre de 2023]; Disponible en: www.evidencebasedpsychotherapies.org
53. Meltzer-Brody S, Jones I. Optimizing the treatment of mood disorders in the perinatal period. *Dialogues Clin Neurosci*. 2015;17(2).
54. Milgrom J, Gemmill AW, Ericksen J, Burrows G, Buist A, Reece J. Treatment of postnatal depression with cognitive behavioural therapy,



- sertraline and combination therapy: A randomised controlled trial. <http://dx.doi.org/10.1177/0004867414565474> [Internet]. el 13 de enero de 2015 [citado el 30 de octubre de 2023];49(3):236–45. Disponible en: <https://journals.sagepub.com/doi/10.1177/0004867414565474>
55. Burguera Campillo C. Depresión materna y complicaciones biopsicosociales del niño. Universitat de les Illes Balears; 2018.
 56. Davalos DB, Yadon CA, Tregellas HC. Untreated prenatal maternal depression and the potential risks to offspring: A review. Vol. 15, Archives of Women's Mental Health. 2012.
 57. Chang HY, Keyes KM, Lee KS, Choi IA, Kim SJ, Kim KW, et al. Prenatal maternal depression is associated with low birth weight through shorter gestational age in term infants in Korea. *Early Hum Dev.* 2014;90(1).
 58. Ibanez G, Bernard JY, Rondet C, Peyre H, Forhan A, Kaminski M, et al. Effects of antenatal maternal depression and anxiety on children's early cognitive development: A prospective Cohort study. *PLoS One.* 2015;10(8).
 59. Wojcicki JM, Holbrook K, Lustig RH, Epel E, Caughey AB, Muñoz RF, et al. Chronic maternal depression is associated with reduced weight gain in Latino infants from birth to 2 years of age. *PLoS One.* 2011;6(2).
 60. Alhusen JL, Hayat MJ, Gross D. A longitudinal study of maternal attachment and infant developmental outcomes. *Arch Womens Ment Health.* 2013;16(6).



61. Giallo R, Woolhouse H, Gartland D, Hiscock H, Brown S. The emotional–behavioural functioning of children exposed to maternal depressive symptoms across pregnancy and early childhood: a prospective Australian pregnancy cohort study. *Eur Child Adolesc Psychiatry*. 2015;24(10).
62. Koutra K, Chatzi L, Bagkeris M, Vassilaki M, Bitsios P, Kogevinas M. Antenatal and postnatal maternal mental health as determinants of infant neurodevelopment at 18 months of age in a mother-child cohort (Rhea Study) in Crete, Greece. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*. 2013;48(8).
63. Cunningham G, Leveno K, Bloom S, Dashe J, Hoffman B, Casey B, et al. *Obstetricia de Williams*. Vol. 59, McGrawHill. 2019.
64. Kanotra S, D'Angelo D, Phares TM, Morrow B, Barfield WD, Lansky A. Challenges faced by new mothers in the early postpartum period: an analysis of comment data from the 2000 Pregnancy Risk Assessment Monitoring System (PRAMS) survey. *Matern Child Health J* [Internet]. noviembre de 2007 [citado el 15 de noviembre de 2023];11(6):549–58. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/17562155/>
65. Anido P, Dericco M, Leguiza. Micaela, Otero C, Presta EG, Samaniego L. *Puerperio Normal y Patológico. Guía de Práctica Clínica*. 2021.
66. Ministerio de Salud. *Norma Técnica de Salud de Planificación Familiar*. 2017–12663 Perú: Dirección General de Intervenciones Estratégicas en Salud Pública; 2017.
67. Organización Mundial de la Salud. *Transforming mental health for all*. 2022.



68. Lam N, Contreras H, Mori E, Hinostroza W, Hinostroza R, Torrejón E, et al. Factores psicosociales y depresión antenatal en mujeres gestantes. Estudio multicéntrico en tres hospitales de Lima, Perú. Abril a junio de 2008. Revista Peruana de Epidemiología [Internet]. 2010;14(3):1–8. Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=203119676005>
69. Masías Salinas MA, Arias Gallegos Walter L. Prevalencia de la depresión post parto en Arequipa, Perú. Rev Med Hered. 2018.
70. Encuesta Demográfica y de Salud Familiar 2022 - Nacional y Departamental - ENDES 2022 Perú. 2022.

ANEXOS

ANEXO 1: Escala de depresión postparto de Edimburgo

Escala de Depresión de Post-Parto de Edinburgo [EPDS, por sus siglas en inglés]

Obtenido de la British Journal of Psychiatry [Revista Británica de Psiquiatría] Junio de 1987, Volumen 150 por J.L. Cox, J.M. Holden, R. Sagovsky

La Escala de Depresión de Post-Parto de Edinburgo se creó para asistir a los profesionales de la atención primaria de salud en la detección de las madres que padecen de depresión de post-parto; una afección alarmante más prolongada que la "Melancolía de la Maternidad" ["Blues" en inglés] (lo cual ocurre durante la primera semana después del parto) pero que es menos grave que la psicosis del puerperio. Estudios previos demostraron que la depresión de post-parto afecta por lo menos a un 10% de las mujeres y que muchas de las madres deprimidas se quedan sin tratamiento. Estas madres logran sobrellevar la carga de su bebé y las tareas de la casa, pero su placer por la vida se ve gravemente afectado y puede que toda la familia sufra consecuencias a largo plazo. La escala indica la manera en que la madre se sintió durante la semana anterior y en casos dudosos, podría ser útil repetirla después de 2 semanas. La escala no detecta las madres con neurosis de ansiedad, fobias o trastornos de la personalidad.

Instrucciones de uso:

1. Se le pide a la madre que escoja la respuesta que más se asemeje a la manera en que se sintió en los 7 días anteriores.
2. Tienen que responder las diez preguntas.
3. Se debe tener cuidado y evitar la posibilidad de que la madre hable sobre sus respuestas con otras personas.
4. La madre debe responder la escala ella misma, a no ser que tenga problemas para leer.
5. La EPDS se puede usar entre las 4 y 8 semanas para evaluar a las mujeres en la etapa de post-parto. La clínica de pediatría, la cita de control de post-parto o una visita al hogar pueden ser oportunidades convenientes para realizarla.

Pautas para la evaluación:

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 >12 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. La puntuación de la EPDS está diseñada para asistir al juicio clínico, no para reemplazarlo. Se les harán evaluaciones adicionales a las mujeres antes de decidir el tipo de tratamiento. Los usuarios pueden reproducir esta escala sin necesidad de obtener permisos adicionales siempre y cuando respeten los derechos de autor y citen los nombres de los autores, el título y la fuente del artículo en todas las copias que reproduzcan.



ESCALA DE DEPRESION POSTPARTO DE EDIMBURGO (EPDS)

Fecha ___/___/___

Hora: ___:___

Como usted hace poco tuvo un bebé. Nos gustaría saber cómo se ha estado sintiendo; por favor subraye o marque la respuesta que más se acerca a como se ha sentido en los últimos 7 días y no solo como se ha sentido hoy.

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



ANEXO 2: Consentimiento informado

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Usted ha sido invitada a participar en la investigación “EMBARAZO NO PLANIFICADO ASOCIADO AL DESARROLLO DE DEPRESIÓN POSTPARTO EN PUÉRPERAS DEL HOSPITAL CARLOS MONGE MEDRANO JULIACA – 2023”, realizada por Chelsea Denyse Melendez Valdivia, Bachiller de Medicina Humana de la Universidad Nacional del Altiplano. Este estudio tiene por objetivo determinar que el embarazo no planificado es componente de riesgo para el desarrollo de depresión postparto en puérperas atendidas en el Hospital Carlos Monge Medrano de Juliaca. No existen riesgos de daño físico o psicológico al participar en este estudio. La información que se pueda obtener de este trabajo será de beneficio para la sociedad, proporcionando valiosa información a los profesionales de la salud. Luego de su autorización se procederá a aplicar dos instrumentos: el test de Edimburgo y una encuesta para evaluar las variables intervinientes. Para asegurar la confidencialidad y manejo de la información, **se garantiza que sus datos no podrán ser vistos o utilizados por otras personas ajenas al estudio ni tampoco para propósitos diferentes a los que establece el documento que firma.** Al firmar este documento usted de manera voluntaria acepta participar en este estudio, que se le ha explicado lo que implica este trabajo, que se le ha dado tiempo para leer este documento y que sus preguntas sobre el estudio han sido contestadas de manera satisfactoria. “Se me ha explicado acerca del estudio y mis preguntas han sido contestadas de manera satisfactoria. Acepto participar en el siguiente componente del estudio”.

FIRMA DEL PARTICIPANTE

RECOLECCION DE DATOS

1. FILIACION

- Edad: _____ Fecha de parto: _____ Tiempo de postparto: _____

2. VARIABLE INDEPENDIENTE

- Gestación Planificada: Si () No ()

3. VARIABLE DEPENDIENTE

- Depresión puerperal: Si () No () Puntaje de la Escala: _____

4. VARIABLES INTERVINIENTES

- Paridad: _____ Grado de instrucción _____
- Uso de métodos anticonceptivos: Si () No ()
- Tipo de método anticonceptivo utilizado:
 - Ampolla trimestral ()
 - Ampolla mensual ()
 - T de cobre ()
 - Condón masculino ()
 - Condón Femenino ()
 - Implante Hormonal ()
 - Píldoras anticonceptivas ()
 - Otros (Especifique): _____

ANEXO 3: Operalización de variables

VARIABLE	DEFINICIÓN OPERACIONAL	TIPO DE VARIABLE	ESCALA DE MEDICIÓN	VALORES
VARIABLE INDEPENDIENTE				
Embarazo no planeado	Gestación no planeada ni deseada para ese momento.	Cualitativa dicotómica	Nominal	- Si - No
VARIABLE DEPENDIENTE				
Depresión postparto	Aplicándose la Escala de Depresión Postparto de Edimburgo, se interpreta de la siguiente manera: Sin riesgo (<10 puntos) Con riesgo (10 a 12 puntos) Probable depresión (>12 puntos)	Cualitativa	Nominal	- Si (>12 puntos) - No (\leq 12 puntos)
VARIABLES INTERVINIENTES				
Edad	Tiempo de vida en años obtenido mediante encuesta.	Cuantitativa	Nominal	- <19 años - \geq o igual 19 años hasta los 35 años - > 35 años
Paridad	Cantidad de embarazos como antecedente	Cualitativa	Nominal	- Primigesta - Secundigesta - Multigesta
Grado de instrucción	Nivel de educación	Cualitativa	Ordinal	- Analfabeta - Primaria



	obtenido mediante encuesta			<ul style="list-style-type: none">- Secundaria- Superior
Uso de método anticonceptivo	Uso de método anticonceptivo como antecedente	Cualitativo	Nominal	<ul style="list-style-type: none">- Si- No
Tipo de método anticonceptivo utilizado	Recurso que disminuye o evita la probabilidad de fecundación en mujeres en edad fértil.	Cualitativa	Nominal	<ul style="list-style-type: none">- Ampolla trimestral- Ampolla mensual- T de cobre- Condón masculino- Condón Femenino- Implante Hormonal- Píldoras anticonceptivas- Otros



ANEXO 4: Autorización para el depósito de tesis o trabajo de investigación en el repositorio institucional.



Universidad Nacional
del Altiplano Puno



Vicerrectorado
de Investigación



Repositorio
Institucional

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

Por el presente documento, Yo Chelsea Denyse Melendez Valdivia,
identificado con DNI 73668419 en mi condición de egresado de:

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

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

“ Embarazo no planificado asociado al desarrollo de depresión
postparto en pacientes atendidas en el Hospital Carlos Monge
Medrano Juliaca - 2023 ”

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

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

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

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

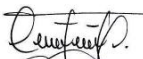
En consecuencia, la Universidad tendrá la posibilidad de divulgar y difundir los Contenidos, de manera total o parcial, sin limitación alguna y sin derecho a pago de contraprestación, remuneración ni regalía alguna a favor mío; en los medios, canales y plataformas que la Universidad y/o el Estado de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

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

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

En señal de conformidad, suscribo el presente documento.

Puno 21 de diciembre del 2023


FIRMA (obligatoria)



Huella



ANEXO 5: Declaración jurada de autenticidad de tesis.



Universidad Nacional
del Altiplano Puno



Vicerrectorado
de Investigación



Repositorio
Institucional

DECLARACIÓN JURADA DE AUTENTICIDAD DE TESIS

Por el presente documento, Yo Chelsea Denyse Melendez Valdivia,
identificado con DNI 73668419 en mi condición de egresado de:

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

Medicina Humana

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

“ Embarazo no planificado asociado al desarrollo de depresión
postparto en pacientes atendidas en el Hospital Carlos Monge
Medrano Juliaca - 2023 ”

Es un tema original.

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

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

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

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

Puno 21 de diciembre del 2023

FIRMA (obligatoria)



Huella