



Universidad
Continental

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

Escuela Académico Profesional de Medicina Humana

Tesis

**Factores asociados a síntomas depresivos en madres
con hijos hospitalizados en una Unidad de
Pediatria/Neonatología - Huancayo 2017**

para optar el Título Profesional de
Médico Cirujano

**Kelly Sthephany Macedo Poma
Pavel Gustavo Marquina Curasma**

Huancayo, 2019



Repositorio Institucional Continental
Tesis digital



Obra protegida bajo la licencia de [Creative Commons Atribución-NoComercial-SinDerivadas 2.5 Perú](https://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/2.5/peru/)

AGRADECIMIENTOS

Agradecemos a Dios por bendecirnos la vida, por guiarnos a lo largo de nuestra existencia, ser el apoyo y fortaleza en aquellos momentos de dificultad y de debilidad.

Gracias a nuestros padres, por ser los principales promotores de nuestros sueños, por confiar y creer en nuestras expectativas, por los consejos, valores y principios que nos han inculcado.

Agradecemos a nuestros docentes de la Escuela de Medicina Humana de la Universidad Continental, por haber compartido sus conocimientos a lo largo de la preparación de nuestra profesión, de manera especial, al Dr. Christian Mejía Álvarez, asesor de nuestro proyecto de investigación quien ha guiado con su paciencia, y su rectitud como docente.

DEDICATORIA

El presente trabajo investigativo lo dedicamos principalmente a Dios, por ser el inspirador y darnos fuerza para continuar en este proceso de obtener uno de los anhelos más deseados.

A nuestros padres, por su amor, trabajo y sacrificio en todos estos años, gracias a ustedes hemos logrado llegar hasta aquí y convertirnos en lo que somos.

A todas las personas que nos han apoyado y han hecho que el trabajo se realice con éxito en especial a aquellos que nos abrieron las puertas y compartieron sus conocimientos.

CONTENIDO

AGRADECIMIENTOS	ii
DEDICATORIA	iii
RESUMEN	vi
ABSTRACT	vii
INTRODUCCIÓN	viii
CAPÍTULO I: PLANTEAMIENTO DEL ESTUDIO	10
1.1. Planteamiento y formulación del problema	10
1.1.1. Planteamiento del problema	10
1.1.2. Formulación del problema	11
1.2. Objetivos	12
1.2.1. Objetivo general	12
1.2.2. Objetivos específicos	12
1.3. Justificación	13
CAPÍTULO II: MARCO TEÓRICO	13
2.1. Antecedentes del problema	14
2.2. Bases teóricas	18
2.3. Definición de términos	31
CAPÍTULO III: HIPÓTESIS Y VARIABLES	34
3.1. Hipótesis	35
3.1.1. Hipótesis general	35
3.1.2. Hipótesis nula	35
3.1.3. Hipótesis específica	36

3.2. Operacionalización de variables:	37
CAPÍTULO IV: METODOLOGÍA	41
4.1. Métodos y alcance de la investigación	41
4.2. Población y muestra.....	42
4.3. Procedimientos de recolección de información:	43
4.4. Análisis de datos	44
4.5. Aspectos éticos.....	44
CAPÍTULO V	46
5.1. Resultados.....	46
5.2. Discusión	51
Conclusiones	55
Recomendaciones	56
Bibliografía	57
Anexos	66

RESUMEN

Introducción: La depresión postparto (DPP) ha sufrido un crecimiento significativo, pero en la sierra central existen escasos estudios acerca de la temática. **Objetivos:** Identificar y establecer los diferentes factores de riesgo para desarrollar DPP en puérperas con hijos hospitalizados en unidades de pediatría/neonatología en Huancayo. **Métodos:** Estudio de casos y controles. Se incluyó fichas de recolección de datos de madres con hijos hospitalizados en alguna Unidad de neonatología y/o pediatría, en el año 2017. Los casos fueron madres que tuvieron “presencia de síntomas de depresión postparto”; se cruzó esta variable con otras mediante la regresión logística, se obtuvo los Odds Ratio (OR), sus intervalos de confianza al 95% (IC 95%) y los valores p. **Resultados:** La evaluación fue de 61 fichas de madres que padecieron DPP (casos) y 61 fichas de madres sin DPP (controles). Al realizar el análisis multivariado, se encontró que tuvieron una mayor chance de depresión postparto (DPP) aquellas madres con una condición laboral de tipo desempleada (OR: 25,716; IC 95%: 5,706 – 115,903; valor $p < 0,001$), aquellas que fueron solteras (OR: 10,884; IC 95%: 3,117 – 38,003; valor $p < 0,001$) y las que tuvieron un embarazo no planificado (OR: 11,369; IC 95%: 3,097 – 41,741; valor $p = 0,003$); por el contrario, aquellas con problemas graves con su pareja tuvieron una menor chance de depresión postparto (OR: 0,098; IC95%: 0,021 – 0,452; valor $p = 0,003$); ajustado por 9 variables. **Conclusiones:** Se encontró factores relacionados a la depresión postparto, el estado civil, la relación con la pareja, la condición laboral y el embarazo no planificado.

Palabras clave: depresión postparto,

ABSTRACT

Introduction: The postnatal depression (PD) has suffered a significant growth, but in central sierra, there are few studies about the thematic one. Objectives: To identify and to establish the risk factors to develop postnatal depression in postpartum women with children hospitalized in pediatric / neonatology units in Huancayo city. Methods: Cases and controls study. Data collection cards of mothers that had hospitalized their children in the Unit of Neonatology and pediatrics, in 2017. The cases were who had "presence of symptoms of postnatal depression", this variable was crossed with other using logistical regression, odds ratio (OR) were obtained, their confidence intervals to 95% (CI 95%) and the p values. Results: The evaluation was of 61 records of mothers who suffered PPD (cases) and 61 records of mothers without PPD (controls). In the multivariate analysis, the mothers with a work condition of unemployed type had a bigger chance of postnatal depression (OR: 25.716; CI 95%: 5.706 – 115.903; $p < 0.001$), as well as, single mothers (OR: 10.884; CI 95%: 3.117 – 38.003; $p < 0.001$) and those that had a not planned pregnancy (OR: 11.369; CI 95%: 3.097 – 41.741; $p=0.003$). On the contrary, the mothers that manifested to have serious problems with their couple had a smaller chance of postnatal depression (OR: 0.098; IC 95%: 0.021 – 0.452; $p=0.003$); adjusted by nine variables. Conclusions: Different factors related to the postnatal depression were found, the civil state, the relationship with the couple, the work condition and the non-planning of the pregnancy.

Key words: postpartum depression, epidemiology, social support, neonatal intensive care units.

INTRODUCCIÓN

Los trastornos afectivos constituyen en todo el mundo la segunda alteración más común entre las enfermedades mentales. Para el año 2020 la depresión será, según el estudio de carga global de la enfermedad (Organización Mundial de la Salud/Banco Mundial), la segunda causa general de discapacidad(1). En el periodo del puerperio -o también llamado postparto- se presenta un alto riesgo de desórdenes emocionales, esto debido a la vulnerabilidad emocional que se experimenta(2). Es por este motivo que la depresión postparto (DPP) es una de las complicaciones más asociadas durante este periodo, con una prevalencia que oscila entre el 10 al 20%(3), cifra que se incrementa en madres cuyos hijos se encuentran hospitalizados(4). Además de la influencia de otros múltiples factores(5), como son los psicológicos, orgánicos, familiares y sociodemográficos(6).

La frecuencia de presentación y los factores de riesgo (como por ejemplo presentar depresión anterior, nivel socioeconómico bajo, vivir en un país en vías de desarrollo, violencia familiar, nivel de educación bajo, mala relación con el entorno familiar, etc.) relacionados con la depresión postparto se han estudiado en diferentes poblaciones. En Canadá reportan una frecuencia de presentación entre 4-15%(7), en Estados Unidos entre 13-22%(8), en Irlanda reportan 13%(9), en Qatar encuentran un 18%(10). En países cercanos al nuestro se encontraron prevalencias similares, en Chile varían entre 22-51%(11), en Argentina 37%(12) y en Colombia del 40%(13). De acuerdo a un estudio realizado en Lima-Perú en el 2008, la prevalencia de esta condición se encontró en el 33% de las puérperas(2). Por ser un problema sin la estadística actual en la sierra central del Perú, es importante obtener datos reales de la prevalencia de la depresión en puérperas que tienen a sus hijos hospitalizados, ya que, el riesgo de depresión postparto se incrementa considerablemente en ellas, hasta en un 40% en las madres con un hijo

pretérmino(14)(15) Dado lo anterior, el objetivo de la investigación fue el identificar y establecer los factores de riesgo para desarrollar depresión postparto en las madres que tienen a sus hijos hospitalizados en una unidad de pediatría en la ciudad de Huancayo.

CAPÍTULO I

PLANTEAMIENTO DEL ESTUDIO

1.1. Planteamiento y formulación del problema

1.1.1. Planteamiento del problema

La depresión, de acuerdo a diversos estudios, es más frecuente en las mujeres, y alcanza su pico máximo durante la etapa fértil, entonces podemos decir que antes de concebir existe un riesgo de desarrollar depresión durante el embarazo.(16)

Se conoce que el 50% de los episodios de depresión postparto se inician durante la etapa de gestación y que es más frecuente que su inicio sea durante las primeras cuatro semanas después del parto. (17)

El efecto de esta patología no solo es en la madre si no que repercute también en el recién nacido, teniendo como complicaciones como el parto pretermino, recién nacidos con bajo peso, preeclamsia, y a futuro existen complicaciones como trastornos de la conducta y problemas de adaptación en la etapa escolar asociado a un bajo rendimiento. (18) Inclusive llegando a afectar al cónyuge, incrementándose el riesgo de padecer depresión en un 50% a comparación del resto de la población masculina(19)

Para la madre, la llegada de un nuevo ser implica un cambio en todos los aspectos de su vida, generando preocupación ya que tiene que enfrentar algo nuevo.(20)

Esto suele agravarse cuando el recién nacido presenta una patología que obliga su hospitalización generando mayor nivel de angustia que suele empeorar la relación madre – hijo.(21)

La primera visita a sus hijos hospitalizados, se encuentran frente a un mundo desconocido en el que tiene que socializar con el equipo de profesionales de salud, equipos tecnológicos nuevos que desencadenan muchas emociones y una alta tensión al ver que postergará su rol materno.(22)

Es difícil señalar que su etiología se deba una causa única, pues se debería a múltiples factores (4), de acuerdo a diversos estudios realizados a madres de hijos sin complicaciones, se conoce que los factores de riesgos asociados a DPP son los factores psicológicos, orgánicos, familiares y sociodemográficos (5), mientras que las madres que tengas a sus hijos hospitalizados tienen mayor probabilidad de presentar factores de riesgos asociados a PPD (6).

1.1.2. Formulación del problema

Por lo tratado anteriormente y teniendo en cuenta la prevalencia y la probabilidad de presentar factores de riesgo asociados a DPP en madres con hijos hospitalizados podemos realizar el siguiente cuestionamiento:

¿Cuáles son los factores de riesgo asociados a depresión en el puerperio o postparto en madres con hijos hospitalizados en una unidad de pediatría/neonatología en la Ciudad

de Huancayo en el año 2017?, partiendo de esa premisa, surge problemas secundarios como:

- ¿Cuáles son los factores de riesgo obstétricos, para desarrollar depresión postparto en madres con hijos hospitalizados en una unidad de pediatría/neonatología en el año 2017?
- ¿Cuáles son los factores de riesgo psicológicos para desarrollar depresión postparto en madres con hijos hospitalizados en una unidad de pediatría/neonatología en el año 2017?
- ¿Cuáles son los factores de riesgo sociales para desarrollar depresión postparto en madres que tiene hijos hospitalizados en una unidad de pediatría/neonatología en el año 2017?

1.2. Objetivos

1.2.1. Objetivo general

Establecer los factores de riesgo para desarrollar depresión postparto en las madres que tienen a sus hijos hospitalizados en una unidad de Pediatría en la Ciudad de Huancayo en el año 2017.

1.2.2. Objetivos específicos

- Determinar los factores de riesgo obstétricos, para desarrollar depresión postparto en madres con hijos hospitalizados en una unidad de pediatría/neonatología en el año 2017.

- Determinar los factores de riesgo psicológicos para desarrollar depresión postparto en madres con hijos hospitalizados en una unidad de pediatría/neonatología en el año 2017.
- Determinar los factores de riesgo sociales para desarrollar depresión postparto en madres con hijos hospitalizados en una unidad de pediatría/neonatología en el año 2017.

1.3. Justificación

Dentro del periodo postnatal, la complicación más frecuente es la depresión postparto, teniendo repercusión tanto en la madre y el hijo(7), y esto se debe a factores sociales, psicológicos y culturales con la que la parturienta lidia consciente e inconscientemente (6), a esto se suma también el estrés asociado al ingreso de una unidad de hospitalización de su menor hijo, siendo estas madres más propensas a experimentar factores asociados a DPP.(8)

La necesidad de realizar este estudio es para la adquisición de información nueva y autentica y así poder obtener resultados propios acerca de los factores predisponentes para el desarrollo de depresión postparto madres con hijos hospitalizados en un servicio de neonatología, en la ciudad de Huancayo y de esta manera poder contribuir en el diagnóstico temprano y tratamiento oportuno de dicha patología, ya que al no ser tratada oportunamente podría llevarnos a diversos problemas ya sean psicológicos o sociales tanto para la madre como para el recién nacido, y que podría extenderse socialmente.

CAPÍTULO II

MARCO TEÓRICO

2.1. Antecedentes del problema

Un estudio realizado en el Hospital Universitario de Araba en España señala que el desarrollo de DPP está asociado a una patología depresiva o ansiosa durante el embarazo, antecedentes personales de trastorno mental grave, antecedentes familiares de trastorno mental grave, enfermedades médicas concomitantes, estado socioeconómico bajo o muy bajo y por último la falta de apoyo para las mujeres. (9)

En otra investigación realizada en China menciona que existen diversos factores predisponentes para desarrollar depresión en el puerperio, citando como los más relevantes a la edad materna, la paridad, la exposición frecuente al móvil, hipertensión gestacional, parto prematuro, peso al nacer, Iniciación de la lactancia materna, modo de alimentación, enfermedad infantil. (10)

Otros estudios, identificaron como factores de riesgo de DPP la edad materna, menor nivel educativo, tabaquismo durante el embarazo, historia de depresión, mal estado de

matrimonio, Situación económica familiar, eventos negativos de la vida, falta de apoyo social, la depresión prenatal y la ansiedad. (11)

Mientras que en un estudio en Colombia con una población similar a esta, señala que las mujeres que tienen un trabajo independiente, madres con una edad avanzada, con nivel de educación técnica, madres que conviven con la familia del conyugue, mujeres que durante su embarazo tuvieron un número mayor de 10 controles prenatales, con un embarazo planificado, que presentaron complicaciones durante la lactancia y aquellas mujeres que parieron un bebé de sexo femenino, tienen mayor riesgo a presentar DPP(12)

Un trabajo realizado en el 2004 y publicado en el 2010 por la universidad peruana Cayetano Heredia refirió haber encontrado una prevalencia de 34.7% de un total de 203 gestantes encuestadas con una prevalencia mayor al 22.25%, además de encontrar como variables asociadas a la depresión ser solteras, sin estudios superiores y el rechazo a la gestación, así como un diagnóstico previo de depresión de la paciente. Cabe resaltar que la encuesta usada en este trabajo fue la escala de depresión posnatal de Edimburgo, teniendo en cuenta que un puntaje mayor de 13.5, obtenidos en esta escala serían catalogadas con el diagnóstico de depresión posparto. (13)

Otro estudio realizado por la universidad de Cuenca, Ecuador, en el cual se aplicó la escala de Edimburgo a 248 madres de esta región entre febrero y mayo del 2014 en su periodo del posparto, la encuesta se llevó a cabo un mes después del alta médica, y se obtuvo como resultado una prevalencia de más del 34% de depresión posparto en el cual los factores de riesgo encontrados fueron, el encontrarse en una edad reproductiva

inadecuada, no presentar apoyo familiar durante la gestación además de la violencia familiar, otro dato obtenido por este estudio fue cerca del 12% de las encuestadas tuvieron ideas suicidas.(14)

Dentro de los resultados obtenidos en un trabajo realizado por la universidad de Barcelona señalan que pese a no existir una etiología claramente establecida de la depresión posparto, si existen factores de riesgo claramente relacionados así mismo señalan que para el tratamiento de este cuadro clínico es la psico y farmacoterapia, además señalan que la depresión posparto tiene un comienzo durante la gestación, así como antecedentes de alteraciones en el ánimo así como una contexto social adverso. Así mismo dicho estudio resalta que hay una mayor probabilidad de encontrar depresión posparto en las madres que tienen hijos prematuros hospitalizados en alguna unidad de cuidados intensivos llegando al 53% de prevalecía según la escala de Edimburgo. (15)

Un trabajo realizado en Chile que estudio la depresión posparto sin psicosis, señala que esta patología presenta una clínica caracterizada por presentar llanto, desanimo e incapacidad para enfrentar el cuidado del recién nacido así como dificultad para realizar las actividades cotidianas, también señalan que esta condición no solo afecta a la madre sino también al menor quienes desarrollan lasos emocionales débiles con su entorno así como trastornos conductuales, dicho estudio se realizó con un total de 112 puérperas entre las semanas 4 y 8, señalando puntajes mayores en la escala de Edimburgo en mujeres que no deseaban el embarazo, dicho estudio no encontró variantes en cuanto a la escala socioeconómica(15)

Por su parte Angelina Dois y colaboradores analizaron predictores de síntomas depresivos en el posparto, señalando los efectos que estos tienen en cuanto al dúo madre hijo alterando el desarrollo neurológico y psicológico además de un menos tiempo en la lactancia exclusiva, en este estudio señala una prevalencia de cerca de 37% de depresión en el puerperio encontrándose en sintonía en cuanto a la prevalencia de la población en general, se señala también que antecedentes de cuadros psicológicos alterados son los factores más fuertes relacionados a la depresión en esta población en específico.(15)

Marie lee y colaboradores señalan que cerca del 17% de embarazos mostraron manifestaciones de ansiedad durante el primer trimestre de gestación, encontrándose como factor de riesgo a madres jóvenes, solteras, antecedentes de consumo de tabaco, así como bajo nivel de educación, además este estudio demostró que dichos síntomas de ansiedad no predijeron síntomas depresivos en el posparto. (18)

C. Mendoza y colaboradores realizaron un estudio de revisión donde seleccionaron información en las principales bases electrónicas internacionales acerca de la depresión posparto, dicho estudio señala que aproximadamente el 60% de las puérperas presentan sintomatología leve de este cuadro clínico, también llamado como disforia posparto, dentro de dicha revisión encontraron en trabajos anteriores que el principal predictor para desarrollar una depresión posparto es el antecedente de depresión así como la persistencia de esta. Otro artículo señalado por Mendoza y colaboradores resaltan como predictores importantes una historia de enfermedad mental, insatisfacción por la percepción del cuerpo en el posparto, y la responsabilidad del cuidado del bebé.(7)

2.2. Bases teóricas

Definición de la depresión

La depresión consiste en una alteración del estado de ánimo, caracterizado por una tristeza patológica, exagerada, anhedonia, trastornos del ánimo, abulia, trastornos del sueño y sensación de malestar general, las cuales pueden tener una intensidad leve o ser grave e incluso dificulta las actividades cotidianas. Ya que no solo afecta la esfera afectiva, sino que también la cognitiva y social están afectadas, por lo que la depresión es una afección global con predominancia emocional. Según el DSM en su quinta versión la depresión periparto o depresión postparto inicia en el periodo de gestación y puede darse hasta el año después del parto. En contraste de lo que se refería una versión antigua de la DSM que contemplaba a la DPP como aquella que aparece a las 4 semanas del parto llegando hasta el año, esta definición sesgaba y aportaba un infra diagnóstico de esta patología ya que aproximadamente la mitad de estos casos iniciaban en el embarazo(15).

La DPP es quizá la complicación psiquiátrica más frecuente del puerperio, y la más importante debido a las repercusiones biológicas y psicológicas de la madre y el hijo, una correcta detección y posterior manejo debe ser una de las prioridades en cuanto a políticas de estado ya que genera un costo social y económico al país.

Factores biológicos

Una de las teorías biológicas acerca de la DPP tiene que ver con niveles serios bajos del triptófano que es un precursor de la serotonina, este neurotransmisor se encuentra elevado en los primeros días del puerperio, lo que no ocurriría en una persona con

síntomas depresivos. Además de elevación de interleucinas proinflamatorias, así como el PCR, son importantes ya que podrían explicar porque la relación estrecha entre distintos trastornos del ánimo y la depresión en el puerperio, teniendo en cuenta el mecanismo bioquímico de esta entidad se propuso el tratamiento con ISRS los cuales no tienen interacción con la leche materna. Según este estudio del 2012 la escala de Edimburgo alcanza su mayor especificidad y sensibilidad con 10 puntos y además que el mejor momento para aplicar la encuesta a las 8 semanas del puerperio debido a que no están presentes los mecanismos de compensación del embarazo. Un estudio polaco realizado en el 2006 hace hincapié en acerca de la intensidad de la sintomatología de la DPP refiere que está estrechamente relacionada a la falta de algunos oligoelementos, especialmente el zinc(15)

Neurotransmisores

Serotonina: este neurotransmisor juega un rol muy importante en la génesis de la depresión ya que este se encarga de regular los estados del ánimo, temperamento, dolor, deseo sexual, apetito, ciclos de sueño, vigilia, entre otros; debido a esto los antidepresivos que regulan los niveles de esta hormona tienen un muy buen efecto de la depresión. (23)

Dopamina: otro neurotransmisor que regula las funciones cognitivas, básicamente es el encargado de regular las funciones sinápticas del aprendizaje. (23)

Norepinefrina: Neurohormona importante, ya que dirige la actividad neuronal, esta incrementada en diversas situaciones de estrés. (23)

Epidemiología de la depresión

En un estudio realizado en Europa señala la prevalencia de 1.105% de DPP de la población en general; dicho estudio señala que uno de los efectos sobre el crecimiento en los nacidos ya que en algunas bibliografías se establece disminución del peso, pero en otras paradójicamente hay un aumento del mismo(24). Asimismo, dicho estudio europeo señalo que, si bien distintos estudios a lo largo del mundo encontraron efectos negativos sobre el producto del nacimiento en países en vías de desarrollo, en países con una economía estable estos resultados son incongruentes, aún un estudio más grande reposto que de 12000 niños estudiados no mostraron alguna relación entre DPP y problemas con su desarrollo(25)(26). En dicho estudio europeo donde se examinaron a 929 mujeres, señalo que no se encontraron diferencias significativas en el desarrollo de sus hijos de las madres con DPP versus las que no padecían de depresión(27).

El posparto es un periodo que se caracteriza por la vulnerabilidad psicológica, encontrándose como mayor complicación a la depresión, la asociación americana de psiquiatría en su última edición señala que la depresión y/o las alteraciones emocionales empiezan con el inicio del embarazo, es por tal motivo que actualmente se indica que la de depresión se inicia en el periparto. Este estudio chileno refiere que en la actualidad en su medio la sintomatología de depresión posparto inicia en el embarazo en casi el 64% de la población estudiada. En cuanto a la sintomatología que las puérperas o embarazadas presentan están son muy inespecíficas tanto así que por ejemplo cambios en el patrón de sueño fatiga cansancio pérdida del apetito también se encuentran en puérperas normales; dicho estudio señala que existen tres tipos de trastornos mentales en el periparto: disforia posparto, depresión posparto y psicosis posparto siendo la depresión el trastorno más frecuente (40% de madres chilenas con algún síntoma ansioso depresivo)(12)(28).

Al igual que en diversos estudios a lo largo del mundo que ya fueron anteriormente citados la prevalencia en Lima metropolitana en Perú es de aproximadamente del 24% según un estudio realizado por P. Aramburu en establecimientos de salud del primer nivel de la capital. Una estadística un poco menor es la que estableció un estudio del hospital Cayetano Heredia en la misma ciudad de Lima refiriendo un porcentaje de 5.9% de una población de 425 madres en el año de 1999(2)(29)

Factores de riesgo

El proceso de la depresión tiene variados y complejos factores de riesgo que interactúan entre sí para establecer esta condición psicológica, por lo que presenta un origen multifactorial, como la genética, el factor genético, ambiental e inclusive los aspectos culturales (30)

A comparación de la psicosis puerperal, la DPP se asocia más a factores psicosociales, según estudios los antecedentes de depresión, la ausencia de apoyo social y familiar, problemas o ausencia conyugal, dificultades económicas, embarazo no deseado, complicaciones obstétricas, entre otros. (15)

Un estudio en Chile llevado a cabo con 306 encuestadas refiere que el único factor de riesgo encontrado es la percepción de bajo o ningún apoyo por parte de su familia lo que corrobora a otros estudios llevado en dicho país(7), estos también se relacionan con una mala relación con el entorno familiar ya que predisponen a presentar DPP por parte de las pacientes, un artículo chileno nos presenta que en madres que presentaron algún tipo de violencia familiar de forma directa o indirecta repercute en la calidad de vida hacia el recién nacido lo cual aumenta el riesgo de depresión y estrés en las pacientes(6), incluso un estudio mexicano aclara que dentro de las madres que tienen mayor sintomatología depresiva se debe a que no tienen ningún tipo de unión política con su

pareja lo cual le genera emociones como la inseguridad frente a relaciones políticamente constituidas.(31); a la par se realizó un trabajo en Perú el 2014 en la ciudad de Cajamarca, encuestándose a 144 púerperas siendo el grupo de casos de 48, se encontró que más del 70% de estas había disfunción familiar(4)

En Uganda se realizó un trabajo para establecer los factores de riesgo en dicho país en adolescentes, el estudio señala que se encontraron factores similares a otros países del primer mundo, pero que se dan en mayor escala, en este país se agrega otros factores muy importantes como son el embarazo adolescente, ser portadoras de VIH, tener sida en incluso sexo del feto o recién nacido no deseado(32)(33).

El 2004 se realizó un estudio en lima metropolitana en el primer nivel de atención, acerca de factores de riesgo ginecológicos/o sociales para DPP, el trabajo señala una prevalencia cercana al 24% de depresión posparto en la población encuestada; así también refiere con principales factores un DPP previo, estrés en la madre, la presencia de blues en el posparto y un bajo nivel socioeconómico(34). Asimismo, Wright y asociados en otro estudio norteamericano refieren en este estudio se encontró marcada relación entre un nivel socioeconómico bajo y el riesgo de tener DPP, también encontraron una relación entre la depresión y la disminución del peso del recién nacido pero que es transitoria, lo que concuerda con distintos estudios en el mundo, llegando como conclusión que la depresión afecta principalmente a poblaciones desfavorecidas(25). Otro estudio realizado a púerperas chilenas comenta que existe más consultas de madres con síntomas depresivos en establecimientos públicos vs a clínicas privadas(6)

Un estudio peruano llevado en el hospital nacional Bartolomé herrera de tipo observacional-transversal acerca de la existencia de depresión posparto en madres que

sufrieron algún tipo de violencia, encontró que más del 50% de las encuestadas habían presentado violencia familiar de diferentes tipos como el físico, psicológico, etc.; teniendo en cuenta que cerca del 27% de estas sufrió violencia psicológica, observándose estrés agudo, trastornos del ánimo, disfunción sexual, riesgo de contraer infecciones de transmisión sexual, e incluso embarazo no deseado, lo que concuerda con otro estudio chileno que encontró puntuaciones elevadas en cuanto a la escala de Edimburgo(35). Las gestantes o puérperas que fueron víctimas de violencia basada en género acuden de manera continua a los distintos establecimientos de salud, presentan síntomas diversos, pero que a la vez son vagos o no son correctamente presentados por la paciente al personal de salud, lo que hace aún más difícil el diagnóstico de depresión basada en este tipo de violencia lo que traduce en un posible infra diagnóstico de esta patología, generando aumentos en el costo del sistema de salud en la atención primaria. Asimismo este estudio encontró otros tipos de factores de riesgo como una autoestima baja, ansiedad en el embarazo, depresión previa y algún tipo de problema conyugal(36). Otro estudio peruano en el 2014 señaló que más del 40% de las puérperas con DPP sufrió algún tipo de violencia familiar(4), lo que concuerda con el estudio peruano y mexicano mencionados. Este estudio Cajamarquino también hace énfasis acerca del problema de violencia de género pero en países del tercer mundo o en vías de desarrollo, señalando que en estos, la problemática se ahonda mucho más frente a otros estados, debido principalmente a los problemas en cuanto al acceso de salud, problemas nutricionales y baja educación de la puérpera(4), incluso este trabajo señala que no se debe tratar solo a la gestante sino que el enfoque debe ser más sistemático y también enfocarse a la pareja, debido a que este también presenta nuevas responsabilidades lo que conlleva a nuevas situaciones de estrés y posteriormente problemas con la conyugue.

Otro estudio hecho con puérperas venezolanas, concluyen con otros tipos de factores de riesgo agregándose a los ya conocidos y descritos anteriormente, como son la negativa hacia el embarazo y el parto por cesárea que aumenta hasta en 3 veces más el riesgo de DPP frente a un parto vaginal, edades extremas, problemas con la regulación de su menstruación, complicaciones durante el parto; en este mismo artículo hacen referencia a factores de índole biológica como por ejemplo algún trastorno en el embarazo o incluso problemas propios del embarazo los cuales tienen mayor relación en cuanto a la DPP, al igual que Aramburu y asociados estudio peruano que explica las complicaciones del embarazo influye directamente con la psicología de la madre como tener un parto pre término que fue uno de los principales desencadenantes de la depresión, al igual que en distintas investigaciones el mismo hecho de que el recién nacido se encuentre hospitalizado en una unidad de cuidados intensivos tienen un riesgo marcado de depresión posparto.(37)(34) Resultados similares se encontraron en un estudio colombiano realizado en madres cuyos hijos se encontraban en una UCI neonatal, cerca del 28% de estas presentaban sintomatología depresiva pese a que contaban con factores protectores como una buena relación con la pareja, apoyo familiar. Otro estudio en este caso multicéntrico internacional que reunió en 24 unidades de cuidado intensivo neonatal de distintos países de Latinoamérica pertenecientes a NEOCOSUR refiere que el estrés parenteral es moderado en los padres de recién nacidos hospitalizados en unidades de cuidado crítico, debido a que no pueden satisfacer los requerimientos mínimos de sus hijos y el estar separados de ellos a una temprana edad, también se señala que las madres tienen mayor puntaje en cuanto al nivel de estrés en comparación con los padres.(38)

Otro estudio chileno concuerda con otro mexicano, señalando que dentro de los factores de riesgo orgánicos está presente el miedo al cambio del cuerpo por parte de las madres,

ya que actualmente desempeñan un papel más importante dentro de la sociedad por lo que las exigencias cada vez son más altas, lo cual se ve reflejado en depresión por un cuerpo no deseado. Este mismo estudio contempla como un factor importante el consumo de alcohol durante el embarazo, ya que las madres generan sentimiento de culpa sobre la repercusión sobre el niño por tomar dichas decisiones, también se encontró un aumento de DPP en madres que tuvieron algún familiar directo con sintomatología depresiva. Debemos señalar que en este trabajo como muy pocos encontraron como principal factor el ámbito familiar, ya que la familia es el principal apoyo de una madre frente a los diversos cambios que se realizan durante la gestación, tener problemas en el ámbito familiar condiciona un factor determinante a la hora de desarrollar DPP(6)(31). El trabajo mexicano señala que posiblemente la ansiedad en el parto constituye un factor de riesgo que debería ser estudiado en mayor medida(31).

Cuadro clínico

La aparición de los síntomas depresivos se da un poco más tardíamente que la disforia posparto (otra patología psiquiátrica) esta se da entre los 15 a 4semanas posparto.(39)

El cuadro clínico de la DPP es prácticamente similar a otros episodios depresivos en diferentes momentos de la vida, empero es cierto que el curso clínico posee ciertas características particulares propias, la cuales debido a la bioquímica de la depresión la sintomatología se hace aún más profunda o más severa; lo común en esta patología es el desánimo excesivo o anhedonia, insomnio marcado, síntomas neurovegetativos, la incapacidad de enfrentar adecuadamente los problemas cotidianos, incapacidad para enfrentarse a las necesidades nuevas en su vida y en el recién nacido que dependen únicamente de la puérpera, esta clínica se intensifica debido a que estas se sienten no

capaces de cumplir con el cuidado y la alimentación de su hijo, incluso ideación suicida. Todos estos síntomas llegan a ser incapacitantes lo que conlleva a una madre con baja autoestima e incluso en casos extremos llegan a ser urgencias psiquiátricas.(40)(39), no debemos de olvidar al estrés propiamente dicho y la clínica que lleva consigo como son el sentimiento de angustia mala concentración e irritabilidad permanente(12)

Las madres con sintomatología depresiva reportaban presentar conductas poco saludables como la alimentación del bebé mostrando una disminución en el tiempo de lactancia dificultades en la crianza de sus hijos como problemas emocionales de apego, cognitivos y conductas poco saludables para la madre y el bebé(27).

Como se expuso anteriormente los síntomas de esta patología son muy variados, a continuación, se detallan los más frecuentes(41)(42)

- Tristeza patológica: La tristeza propiamente dicha es una característica del comportamiento humano la cual consiste en estar afligido, la tristeza dentro del contexto de la depresión es más profunda que además incluye trastornos cognitivos y hasta síntomas neurovegetativos.
- Dificultad para resolver conflictos: Piensa que haga lo que haga no podrá recuperarse, para él no existe posibilidad de esperanza alguna, disminución de la autoestima. Es por ello que la tristeza en la depresión debe tratarse de forma médica y farmacológicamente para poder evitar futuras complicaciones.(41)(42)
- Anhedonia: es la incapacidad para tener algún tipo de interés sobre algo, incapacidad de sentir placer, incluso en aquellas situaciones o cosas que antes lo producían.(41)(42)

- Ansiedad: Consta de miedos intensos o excesivos preocupaciones, para situaciones simples que el sujeto las realizaba con normalidad, imposibilidad de salir adelante, dentro de esta clínica tenemos a las crisis de ansiedad la cual principalmente presenta signos vagales como la sudoración intensa, temblor en las manos, palpitaciones, en cualquier momento del día o incluso en el sueño, estos ataques son a menudo impredecibles y el paciente los relaciona con situaciones normales por lo que los evita totalmente.(41)(42)
- Trastornos del apetito: la depresión como se mencionó anteriormente causa trastornos neurovegetativos en este caso puede conducir a una polifagia o a una disminución del apetito. (41)(42)
- Trastornos del sueño: problemas relacionados con el dormir, pueden incluir dificultad para conciliar el sueño, o dormir demasiado, en lugar poco apropiados y el cualquier momento.(41)(42).
- Cansancio excesivo: incapacidad de realizar tareas domésticas simples debido a la sensación de letargo profundo que padecen los depresivos, se describió incluso en el deseo sexual, disminución de la libido y en la apariencia misma.(41)(42)
- Llanto: el llanto es frecuente y a menudo incontrolable, sin alguna causa aparente.

Criterios diagnósticos e instrumento de evaluación

El diagnóstico en esta patología juega un rol importante ya que sin ella no podemos tratarla, si bien se mencionó anteriormente existe un infra diagnóstico por parte del personal de salud, se debe hacer un énfasis en este trabajo para poder disminuir el costo social y económico. Para el diagnóstico de depresión mayor la presencia del desánimo

por más de dos semanas es el principal requisito; asociado a otras características clínicas según la sociedad americana de psiquiatría, también debemos de tener en cuenta para el diagnóstico de la depresión posparto o depresión periparto según la DSM-V que estos cuadros están presentes o se inician durante el embarazo, y que persisten hasta un año después del parto.(12)

Para la detección de DPP se dispone de diversos métodos uno de ellos es el tamizaje de la escala de depresión postnatal de Edimburgo la cual fue validada en distintos países del mundo, también en el nuestro, la cual consiste en una encuesta administrada a la gestante/puérpera de 10 ítems, en la que la mujer debe recordar su estado de ánimo en los últimos 7 días, el punto de corte que tiene menos errores diagnósticos es de 13 puntos, también este puntaje es usado mayormente en el mundo con cerca del 87% de eficacia global(12)(43). Aunque un estudio de validación puso el punto de corte en 14, másías y arias demostraron que con un puntaje de mayor o igual de 13 se logra mucha mayor sensibilidad y especificidad(44)

También se usa como alternativa a la escala de Edimburgo las guías NICE que consta de las preguntas de Whooley que consta de tres preguntas si esas preguntas son positivas se considera realizar el tamizaje correspondiente, el inconveniente de estas son que no se encuentran validadas ni tampoco tienen algún estudio que arroje algún porcentaje de confianza(43)

Abordaje

Siempre que sea necesario se debe evitar el tratamiento farmacológico, debido a esto el abordaje psicoterapéutico está indicado como tratamiento de primera línea debido al menor riesgo de efectos secundarios sobre el feto o recién nacido; se demostró la eficiencia de los estrógenos frente a la DPP, pero este tipo de hormonoterapia aún no

se estandarizado y tampoco se hizo grandes estudios sobre esta, la terapia farmacología como los antidepresivos se reservan más que nada para los grados graves de la depresión posparto.

Actualmente la diversa gama de medicamentos farmacológicos propone diversos esquemas de tratamiento, teniendo siempre en cuenta acerca de los riesgos que conlleva el uso de fármacos, en este sentido se recomienda el uso de los antidepresivos inhibidores de la recaptación de la serotonina, debido a que estos son los más seguro para el feto/recién nacido, es importante resaltar que si una paciente con DPP requiere el uso de estos fármacos se le debe administrar sin miedo alguno debido a que existe mayores complicaciones si es que no se toma.(12)(45)

Se recomienda como tratamiento de primera línea el manejo psicoterapeuta, ya que conlleva menores efectos secundarios para los lactantes a comparación del uso de psicofármacos(46) pero cada caso debe ser individualizado, evaluando los riesgos y beneficios de su uso, teniendo en cuenta que los inhibidores selectivos de la receptación de la serotonina presenta niveles indetectables en la leche materna a comparación de la fluoxetina y el citalopram.(47)

Diagnóstico diferencial

Existen tres principales diagnósticos diferenciales que podemos hacer, todos de ellos se encuentran dentro de los trastornos del ánimo, tristeza posparto también llamado babyblues, se caracteriza por cambios leves en el estado de ánimo que generalmente se deben a desregulación hormonal, de aparición temprana pocos días después del parto y que suelen desaparecer antes del primer mes, ya que son leves no necesitan mayor tratamiento. La depresión posparto, la cual se habló ampliamente anteriormente. La psicosis posparto, en general los síntomas son parecidos a la depresión, pero de forma

más grave y duradera, el tiempo de aparición se da alrededor de la primera semana, pero se podría dar hasta las 24 semanas, la sintomatología inicia generalmente con trastornos del sueño, falta de apetito, irritabilidad, trastornos conductuales hasta tener clínica psiquiátrica como ideas delirantes y alucinatorias. El tratamiento es totalmente diferente a las otras dos entidades ya que en este caso se debe de iniciar con fármacos antipsicóticos, antidepresivos e incluso benzodiazepinas para sedar en casos de agitación marcada, en último caso se ha descrito la terapia con electroshock en casos de que los fármacos no consigan un efecto deseado. Cuando los ataques o la clínica van disminuyendo se realiza abordaje psicoterapéutico(48)

Debemos de tener consideración que el objetivo de estos tratamientos es que se establezca la unión adecuada entre la madre y el hijo ya que si no se logra este objetivo podemos decir que no es un resultado favorable.

Consecuencia de la DPP

En contraste de lo que ocurre en la depresión en otras etapas de la vida, la depresión en gestantes no solo afecta a las mujeres, sino que tiene repercusión en ellas mismas en sus hijos y hasta en el ámbito familiar, el recién nacido depende directamente de la madre para su cuidado en el ámbito biológico y emocional.

La DPP no tratada adecuadamente tiene repercusiones en distintas esferas en relación a la madre. En cuanto a las consecuencias estas no solo afectan la salud de las mujeres, sino que contribuyen a la disminución de la estabilidad familiar. En cuanto a las madres deprimidas, estas tienen menor predisposición a estimular a sus hijos mediante juegos o estimulación vocal, además de percibir al niño de manera sombría, tienen dificultad en cuanto a la alimentación o menor disposición de iniciar y/o mantener la lactancia.(42)(49)

- Alteración madre-hijo: la repercusión hacia el hijo puede ser de muchas maneras, como disminución en la atención de la madre con este como una mala higiene que conllevaría a enfermedades, alimentación(lactancia) no adecuada lo que más adelante podría repercutir en el aspecto cognitivo.(42)
- Alteraciones perinatales: se describió que las mujeres deprimidas tienen mayor riesgo de tener partos prematuros y estos también requieren de atención en unidades de cuidados intensivos por complicaciones propios de este grupo etario.(42)(6)
- Alteraciones psicosociales: se ha demostrado que estos factores desempeñan un papel importante en el desarrollo de la depresión posparto, lo que conllevaría a una dificultad en la lactancia, tener recién nacido de bajo peso al nacer.(42)
- Alteraciones cognitivas: se ha descrito en algunos estudios aislados que la depresión posparto conllevaría a disminución en la inteligencia conjuntiva los hijos, pero hay otros estudios que refieren que esta disminución cognitiva es transitoria.(42)
- Alteraciones en el núcleo familiar: el estrés dentro del proceso de la gestación no solo es de la madre también se da en los familiares cercanos de esta, lo que aumenta el riesgo de peleas conyugales y así un aumento en la profundidad de la depresión(42)

2.3 Definición de términos

Depresión: Trastorno mental frecuente que se caracteriza por la presencia de tristeza, pérdida de interés o placer, sentimientos de culpa o falta de autoestima, trastornos del sueño o del apetito, sensación de cansancio y falta de concentración, pudiendo llegar a

hacerse crónica o recurrente, y que dificulta sensiblemente las actividades de la vida diaria, dicha sintomatología debe de estar presente por lo menos dos semanas

Depresión posparto: La depresión posparto consiste en el desarrollo de una depresión en la madre en el momento de la gestación y/o tras el nacimiento de su hijo o hasta un año más tarde. La mayor parte del tiempo ocurre dentro de los primeros tres meses después del parto(50)

Puerperio: Etapa biológica que se inicia al término de la expulsión de la placenta y se considera que dura seis semanas o 42 días(50)

Factores de riesgo: Cualquier rasgo, característica o exposición de un individuo que aumente su probabilidad de sufrir una enfermedad, trastorno o lesión.

Edad. Tiempo medido en años desde el nacimiento hasta el momento de la realización de la encuesta(39).

Estado civil. Es la condición de la relación en la pareja y su condición legal. Se considerará: casada, soltera, conviviente, divorciada y viuda(39).

Escolaridad: Periodo de tiempo de estudios. Se considerará: sin estudios, primaria incompleta, primaria completa, secundaria completa, secundaria incompleta, técnica completa, técnica incompleta, universitaria completa, universitaria incompleta(39).

Procedencia: Lugar de origen de la encuestada. Se considerará: Lima, Provincia(39).

Situación de pareja auto-percibida: Percepción de la relación de pareja de la encuestada, Se considerará: Con problemas graves, sin problemas graves.

Paridad: número total de embarazos(44).

Antecedente de aborto: Antecedente de interrupción del embarazo voluntaria o involuntariamente antes de que el embrión o el feto presente condiciones para vivir fuera del vientre materno. Se considerará: Sin antecedentes, con antecedentes(51).

Estado laboral: Actividad física o intelectual que recibe algún tipo de remuneración de parte de alguna institución de índole social. Se considerará: empleada, desempleada(51)

Planificación del embarazo: Decisión de las personas para elegir cuándo, cuántos y cada cuánto tiempo van a tener hijos. Se considerará: embarazo planificado, embarazo no planificado(52).

Tipo de parto: Tipo de expulsión de un feto maduro desde el vientre materno al exterior. Se considerará: vaginal, cesárea(52).

Controles prenatales: Acciones encaminadas a la vigilancia del embarazo para obtener como resultado mejores condiciones de nacimiento de un recién nacido. Se considerará: Ningún control, primer control en el 1 trimestre, primer control en el 2 trimestre, primer control en el 3 trimestre(40).

Aumento de peso gestacional: Peso ganado durante el periodo de embarazo. Se considerará: Más o igual a 10 kilos, Menos de 10 kilos(53).

Apoyo familiar: Apoyo emocional y económico por parte del entorno familiar(53).

Epidemiología: aquella rama de la ciencia social que estudia la distribución y determinantes de algún evento, relacionados con la salud, además de la aplicación de estudios para el control de enfermedades y otros problemas de salud(54).

Apoyo social: red que está conformada por familia, amigos, vecinos, y trabajadores del estado para poder prestar ayuda psicológica, física, económica en los momentos que haya necesidad(49).

UCI neonatal: es aquel servicio hospitalario que combina tecnología avanzada y profesionales de salud capacitados para brindar cuidado especializado para los neonatos que tengan alguna patología que amerite su hospitalización en dicho servicio(23).

CAPÍTULO III

HIPOTESIS Y VARIABLES

3.1. Hipótesis

3.1.1. Hipótesis general

H1: Existen factores de riesgo que están asociados a la depresión postparto en madres que tienen a sus hijos hospitalizados en un servicio de Pediatría/Neonatología en Huancayo en el año 2017.

3.1.2. Hipótesis nula

H0: No existen factores de riesgo asociados a la depresión postparto en madres que tienen a sus hijos hospitalizados en un servicio de Pediatría/Neonatología en Huancayo en el año 2017.

3.1.3. Hipótesis específica

- Existen factores obstétricos, para desarrollar depresión postparto en madres con hijos hospitalizados en una unidad de pediatría/Neonatología en el año 2017.
- Existen factores psicológicos para desarrollar depresión postparto en madres con hijos hospitalizados en una unidad de pediatría/Neonatología en el año 2017.
- Existen factores sociales para desarrollar depresión postparto en madres con hijos hospitalizados en una unidad de pediatría/Neonatología en el año 2017.

3.2. Operacionalización de variables:

Variable	Definición conceptual	Definición operacional	Tipo de variable	Escala de medición	Categorías
Depresión Postparto	Trastorno depresivo no psicótica que ocurre en la madre desde el parto hasta el primer año del nacimiento	Puntaje alcanzado en la Escala de Depresión Posparto de Edimburgo	Cualitativa	Ordinal	No depresión 0 -10
					Depresión > 10
Edad	Años cumplidos por la encuestada	Años de edad	Cuantitativa	Ordinal	Edad en años
Estado civil	Estado civil la encuestada	Estado civil de la encuestada	Cualitativa	Politómica	Soltera=0
					Conviviente=1
					Casada=2
					Viuda=3
					Divorciado=4

Escolaridad	Periodo de tiempo de estudios	Años de estudio	Cualitativa	Politómica	Sin estudios=0
					Primaria incompleta=1
					Primaria completa=2
					Secundaria completa =3
					Secundaria incompleta =4
					Técnica completa=5
					Técnica incompleta =6
					Universitaria completa =7
Universitaria incompleta=8					
Procedencia	Lugar de origen	Lugar de origen de la encuestada	Cualitativa	Politómica	Lima=0
					Provincia=1
Situación de pareja auto-percibida	Percepción de la relación de pareja de la encuestada	Percepción de la relación de pareja de la encuestada	Cualitativa	Politómica	Sin problemas graves = 1
					Con problemas graves=2
Paridad	número total de embarazos	número total de embarazos	Cuantitativa	Ordinal	
Antecedente de aborto	Interrupción del embarazo voluntaria o involuntariamente antes de que el embrión o el feto presente condiciones para vivir fuera del vientre materno	Antecedentes de interrupción de embarazo	Cualitativa	Dicotómica	Sin antecedente=0
					Con antecedente=1

Estado laboral	Actividad física o intelectual que recibe algún tipo de remuneración de parte de alguna institución de índole social	Si la encuestada trabaja actualmente	Cualitativa	Dicotómica	Desempleada=0
					Empleada=1
Planificación del embarazo	Decisión de las personas para elegir cuándo, cuántos y cada cuánto tiempo van a tener hijos	Deseo de la encuestada de quedar embarazada	Cualitativa	Dicotomica	Embarazo no planificado =1
					Embarazo planificado =2
Tipo de parto	Tipo de expulsión de un feto maduro desde el vientre materno al exterior	Vía de expulsión del feto	Cualitativa	Dicotomica	Vaginal=0
					Cesárea=1
Controles prenatales	Acciones encaminadas a la vigilancia del embarazo para obtener como resultado mejores condiciones de nacimiento de un recién nacido	Número de controles durante el embarazo	Cuantitativa	Politomica	Ningún control =0
					Primer control en el 1 trimestre=1
					Primer control en el 2 trimestre=2
					Primer control en el 3 trimestre=3
Aumento de peso gestacional	Peso ganado durante el periodo de embarazo	Kilogramos adquiridos durante el embarazo	Cualitativa	Dicotomica	Más o igual a 10 kilos=0
					Menos de 10 kilos=1

Apoyo familiar	Soporte afectivo y económico de parte de la familia	Soporte afectivo y de parte de la familia	cualitativa	Dicotómica	No cuenta con apoyo=0
					Cuenta con apoyo=1

Fuente: Elaboración propia

CAPÍTULO IV

METODOLOGÍA

4.1. Métodos y alcance de la investigación

- Método de investigación: Encuestas
- Tipo de investigación: Observacional
- Nivel de Alcance: Analítico tipo caso-control
- Enfoque de estudio: Cualitativo

Se realizó un estudio observacional, analítico con diseño de tipo caso-control. La información fue recopilada en fichas de recolección de datos que fueron tomados a las puérperas unidades de neonatología y/o pediatría de dos hospitales de la Ciudad del Huancayo; ciudad ubicada en la sierra central del Perú. Los hospitales fueron: El Hospital Nacional Ramiro Prialé Prialé, perteneciente a la Seguridad Social (EsSalud) y el Hospital Docente Materno Infantil “El Carmen”, perteneciente al Ministerio de Salud (MINSA).

4.2. Población y muestra

Se incluyó en el estudio las fichas de recolección de datos de las madres biológicas de los niños dentro del primer año de edad, cuyos hijos estuvieron hospitalizados en la unidad de neonatología y/o pediatría, durante el período de 1 de enero al 31 diciembre del 2017, considerando:

Criterios de inclusión

- madres que quieran participar en el estudio
- madres que accedan a firmar el consentimiento informado
- tuvieron un parto por vía natural o por cesárea

Criterios de exclusión

- madres con impedimento y/o problemas del habla
- madres que estén hospitalizadas en una unidad de cuidados intensivos,
- no acceda a firmar el consentimiento informado
- madres con diagnóstico de patologías psiquiátricas.

El tamaño de la muestra fue calculada mediante la fórmula de muestreo para estudios de casos y controles; estos valores fueron obtenidos de un reporte previo (55) para la exposición de interés de los controles y para la proporción de casos expuestos (23), considerando los siguientes datos:

$$n = \frac{[Z_{\alpha/2} p_0 q_0 + Z_{\beta} p_1 q_1 + p_0 q_0]^2}{(p_1 - p_0)^2}$$

En donde:

n = tamaño de la muestra.

$Z\alpha$ = nivel de confianza del 95%, valor estandarizado: 1,96 que equivale a una probabilidad de error tipo alfa de 5%

$$p = \frac{1}{2} (p_1 + p_0)$$

$$q = 1 - p$$

$Z\beta$ = Probabilidad de error beta de 15%

$$p_1 = p_0 R \div [1 + p_0 (R-1)]$$

$$q_1 = 1 - p_1$$

p_0 = Frecuencia relativa esperada (o proporción esperada) de la exposición de interés en los controles. 40%

Proporción de casos expuestos = 67%

R = Razón de momios esperada de la asociación = 3

Número de controles por caso 1

De acuerdo al análisis de la fórmula de tamaño de muestra para estudios de casos y controles, con un 85% de potencia estadística, se obtuvo que se requerían 61 casos y 61 controles. En base a esto se solicitó tener acceso a dicha cantidad de historias clínicas de madres con y sin depresión postparto.

4.3. Procedimientos de recolección de información:

Se realizaron trámites administrativos necesarios en ambos hospitales para la recolección de datos en las salas de pediatría y neonatología de dichos Hospitales durante el periodo de marzo a mayo del 2017, se identificaron a todas las madres que cumplían con los criterios de inclusión y exclusión, se presentó y se realizó una lectura del consentimiento informado a las madres para que ellas decidan si deseaban firmarlo y posteriormente poder aplicar los instrumentos. Luego de la firma del consentimiento informado se procedió a aplicar el primer instrumento que es el Test de Edimburgo,

para la selección del grupo caso se consideró a aquellas puérperas que obtenían un puntaje de 13 o más, mientras el grupo control a las puérperas que obtuvieron un puntaje menos de 13, por último, se recolectó la información necesaria en el formulario de recolección para evaluar los factores riesgo de depresión posparto.

4.4. Análisis de datos

Se elaboró una base de datos para cada hospital en el programa Microsoft Excel® (versión para Windows 2013), que consecutivamente se revisó, depuró y analizó. Para el análisis de los datos se utilizó el programa estadístico SPSS v 23 – IBM (*Statistical Package for the Social Sciences - International Business Machines Corporation*). Se realizó un análisis descriptivo de las variables categóricas, mediante las frecuencias absolutas y relativas. Primero se generó la estadística analítica bivariada, según las características de los factores de riesgo con la variable de interés “presencia de síntomas de depresión posparto”, para lo cual se calculó los análisis de asociación epidemiológica -aplicando el producto cruzado (Odds Ratio)-, con intervalos de confianza al 95% (IC 95%) y los valores p para el análisis bivariado aplicando el χ^2 . Posteriormente, se realizó el análisis multivariado, en donde se tomó en cuenta a todas las variables que resultaron estadísticamente significativas en el análisis bivariado, para lo cual el modelo final contó con 13 variables; aquí también se obtuvo los OR, los IC 95% y los valores p. Se consideró significativos los valores $p < 0,05$.

4.5. Aspectos éticos

El trabajo de investigación fue revisado por el comité de ética de un hospital materno infantil con número de registro: OFICIO N°0678-2017-OADI-HONADOMANI-SB. Se eliminó los nombres de las encuestadas de la base de datos, esto después de

recolectar dichos datos de cada paciente, por lo que se obtuvo y utilizó una lista anónima para el análisis. De esta manera se respetó la confidencialidad y la privacidad de las puérperas involucradas en el proceso de investigación. En toda la investigación se aseguró el bienestar e integridad de las personas, puesto que se evaluó solo las historias clínicas, por lo que, durante la investigación no se causó daño físico ni psicológico.

CAPÍTULO V RESULTADOS Y DISCUSIÓN

5.1. Resultados

De las 122 madres evaluadas, la mediana de edades fue 25 años, con un rango intercuantílico de 9, el 68,0% (83) fueron convivientes o casadas, el 52,5% (64) tuvieron educación superior técnica o universitaria, el 94,3% (115) proceden de provincias. Según las variables psicológicas, el 27,9% (34) no contaban con apoyo psicológico, así mismo, el 19,7% (24) refirieron tener problemas graves con su pareja. Según las variables obstétricas, el 59,0% (72) fueron multíparas, el 30,3% (37) tuvieron un antecedente de aborto, el 50,8% (62) tuvieron un embarazo no planificado, el 50% (61) tuvieron a sus hijos mediante la cesárea, el 71,3% (87) de madres presentaron su primer control prenatal en el primer trimestre del embarazo y el 75,4% (92) de madres tuvieron un aumento de más de 10 kilos de peso en todo el embarazo.

Tabla 1

Tabla 1. Características socio-demográficas de las madres que tuvieron hijos hospitalizados en dos nosocomios de Huancayo-Perú.

Variable	Depresión n (%)	
	Con DPP	Sin DPP
Edad		
< de 30 años	37 (42,5)	50 (57,5)
≥ 30 años	15 (42,9)	20 (57,1)
Estado civil		
Soltera	26 (66,7)	13 (33,3)
Conviviente o casada	26 (31,3)	57 (68,7)
Escolaridad		
Hasta secundaria completa	22 (37,9)	36 (62,1)
Superior	30 (46,9)	34 (53,1)
Procedencia		
Provincias	48 (41,7)	67 (58,3)
Lima	4 (57,1)	3 (42,9)
Condición laboral		
Desempleada	46 (55,4)	37 (44,6)
Empleada	6 (15,4)	33 (84,6)
Apoyo		
No cuenta con apoyo	16 (47,1)	18 (52,9)
Cuenta con apoyo	36 (40,9)	52 (59,1)
Relación con la pareja		
Sin problemas graves	5 (20,8)	19 (79,2)
Con problemas graves	47 (48,0)	51 (52,0)
Paridad		
Múltipara	33 (45,8)	39 (54,2)
Primípara	19 (38,0)	31 (62,0)
Antecedente de aborto		
Con antecedente de aborto	13 (35,1)	24 (64,9)
Sin antecedentes de aborto	39 (45,9)	46 (54,1)
Planificación del embarazo		
Embarazo no planificado	35 (56,5)	27 (43,5)
Embarazo planificado	17 (28,3)	43 (71,7)
Tipo de parto		
Cesárea	27 (44,3)	34 (55,7)
Vaginal	25 (41,0)	36 (59,0)
Controles prenatales		
Sin control o primer control en 1 ^{er} trimestre	35 (40,2)	52 (59,8)

Primer control en el 2 ^{do} o 3 ^{er} trimestre	17 (48,6)	18 (51,4)
Aumento de peso		
< 10 kilos	11 (36,7)	19 (63,3)
≥ 10 kilos	41 (44,6)	51 (55,4)

Al realizar en análisis bivariado, se obtuvo que estuvieron asociadas a una mayor chance de depresión postparto (DPP) entre aquellas que tuvieron una condición laboral de tipo desempleada (OR: 6,838; IC 95%: 2,588 – 18,067; valor $p < 0,001$), así como, aquellas que fueron solteras (OR: 4,385; IC 95%: 1,948 – 9,870; valor $p < 0,001$) y las que tuvieron un embarazo no planificado (OR: 3,279; IC 95%: 1,544 – 6,964; valor $p = 0,002$); por el contrario, aquellas que manifestaron no tener problemas graves con su pareja tuvieron una menor chance de depresión postparto (OR: 0,286; IC 95%: 0,099 – 0,826; valor $p = 0,016$).

Tabla 2

Tabla 2. Análisis bivariado de los factores asociados a la presencia de depresión postparto en gestantes evaluadas en dos hospitales de la ciudad de Huancayo – Perú.

2017.

Variable	Depresión n (%)		OR (IC95%)	Valor <i>p</i>
	Con DPP	Sin DPP		
Edad				
< de 30 años	37 (42,5)	50 (57,5)	0,987 (0,446 - 2,181)	0,974
≥ 30 años	15 (42,9)	20 (57,1)		
Estado civil				
Soltera	26 (66,7)	13 (33,3)	4,385 (1,948 - 9,870)	<0,001
Conviviente o casada	26 (31,3)	57 (68,7)		
Escolaridad				
Hasta secundaria completa	22 (37,9)	36 (62,1)	0,693 (0,336 - 1,427)	0,318
Superior	30 (46,9)	34 (53,1)		
Procedencia				
Provincias	48 (41,7)	67 (58,3)	0,537 (0,115 - 2,512)	0,424
Lima	4 (57,1)	3 (42,9)		
Condición laboral				
Desempleada	46 (55,4)	37 (44,6)		<0,001

Empleada	6 (15,4)	33 (84,6)	6,838 (2,588 - 18,067)	
Apoyo				
No cuenta con apoyo	16 (47,1)	18 (52,9)	1,284 (0,579 - 2,847)	0,538
Cuenta con apoyo	36 (40,9)	52 (59,1)		
Relación con la pareja				
Sin problemas graves	5 (20,8)	19 (79,2)	0,286 (0,099 - 0,826)	0,016
Con problemas graves	47 (48,0)	51 (52,0)		
Paridad				
Multípara	33 (45,8)	39 (54,2)	1,381 (0,662 - 2,881)	0,390
Primípara	19 (38,0)	31 (62,0)		
Antecedente de aborto				
Con antecedente de aborto	13 (35,1)	24 (64,9)	0,639 (0,288 - 1,420)	0,270
Sin antecedentes de aborto	39 (45,9)	46 (54,1)		
Planificación del embarazo				
Embarazo no planificado	35 (56,5)	27 (43,5)	3,279 (1,544 - 6,964)	0,002
Embarazo planificado	17 (28,3)	43 (71,7)		
Tipo de parto				
Cesárea	27 (44,3)	34 (55,7)	1,144 (0,558 - 2,345)	0,714
Vaginal	25 (41,0)	36 (59,0)		
Controles prenatales				
Sin control o primer control en 1 ^{er} trimestre	35 (40,2)	52 (59,8)	0,713 (0,324 - 1,569)	0,399
Primer control en el 2 ^{do} o 3 ^{er} trimestre	17 (48,6)	18 (51,4)		
Aumento de peso				
< 8 kilos	11 (36,7)	19 (63,3)	0,720 (0,308 - 1,683)	0,447
≥ 8 kilos	41 (44,6)	51 (55,4)		

OR (Razón de productos cruzados – Odds Ratio), IC 95% (intervalo de confianza al 95%) y valor p obtenidos para contrastar proporciones mediante la regresión logística.

En el modelo multivariado final, la variable dependiente (tener DPP) fue ajustada por las otras (que resultaron significativas en el bivariado). Al realizar el análisis multivariado, se encontró que tuvieron una mayor chance de depresión postparto (DPP) aquellas madres con una condición laboral de tipo desempleada (OR: 25,716; IC 95%: 5,706 – 115,903; valor $p < 0,001$), así como, aquellas que fueron solteras (OR: 10,884; IC 95%: 3,117 – 38,003; valor $p < 0,001$) y las que tuvieron un embarazo no planificado (OR: 11,369; IC 95%: 3,097 – 41,741; valor $p = 0,003$); por el contrario, aquellas que

manifestaron no tener problemas graves con su pareja tuvieron una menor chance de presentar depresión postparto (OR: 0,098; IC 95%: 0,021 – 0,452; valor p=0,003); ajustado por 9 variables.

Tabla 3

Tabla 3. Análisis multivariado de los factores asociados a la depresión postparto en pacientes atendidas en 2 hospitales de Huancayo-Perú.

Variable	OR	IC 95% inferior	IC 95% superior	Valor p
Edad	0,974	0,296	3,202	0,965
Estado civil	10,884	3,117	38,003	<0,001
Escolaridad	0,397	0,132	1,192	0,100
Procedencia	0,198	0,018	2,207	0,188
Relación con la pareja	0,098	0,021	0,452	0,003
Paridad	2,829	0,812	9,860	0,103
Aborto	0,713	0,208	2,439	0,589
Condición laboral	25,716	5,706	115,903	<0,001
Planificación	11,369	3,097	41,741	<0,001
Parto	1,641	0,573	4,695	0,356
Controles prenatales	0,984	0,298	3,256	0,979
Peso	0,336	0,094	1,197	0,092
Apoyo	1,275	0,408	3,986	0,677
Intercepto				0,084

5.2. Discusión

La hospitalización de un neonato genera en las madres un nivel extremadamente alto de estrés, esto debido a que perciben esta situación como la insatisfacción de sus expectativas y el incumplimiento de su rol materno a causa de un aislamiento físico y afectivo(56) , generando así síntomas asociados a la depresión postparto, principalmente en la etapa inicial de la hospitalización de sus hijos(57).

En comparación con las madres que no tienen síntomas depresivos, la relación afectiva madre-hijo(a) puede verse afectada por la depresión puerperal, la cual influye negativamente en la percepción que tienen las puérperas con respecto a sus hijos al considerarlos más difíciles de criar(12), sobre todo en aquellas madres que no reciben tratamiento para la depresión. De igual manera, los hijos pueden interactuar menos, resultar menos expresivos y en general presentar más emociones negativas(28). De esta manera se evidencia la importancia del presente estudio, pues permitió identificar y establecer los factores asociados para desarrollar depresión postparto en las madres que tienen a sus hijos hospitalizados, lo cual es útil para incidir en dichos factores, planificar y ejecutar estrategias de intervenciones educativas en los casos similares que se presenten en el futuro.

Se observa que un estudio realizado en una población Limeña que el nivel socioeconómico se encuentra relacionado a la Depresión Postparto(58), presentando un resultado similar un estudio en la ciudad de Piura en el año 2017(59). Mientras que estudios a nivel internacional, específicamente en Chile no existe una relación significativa(35).

Se encontró una importante asociación entre el estado civil y la depresión postparto, debido a que, en las madres solteras hubo mayores frecuencias de padecer signos y

síntomas de dicha condición clínica, siendo cuatro veces más en comparación con las madres en condición de casadas o convivientes. Nuestros resultados coinciden con varios estudios realizados en Italia(60), India(61)(62), así como, en lo reportado en una investigación multicéntrica desarrollada en unidades de cuidados intensivos neonatales de Argentina, Brasil, Chile, Paraguay, Perú y Uruguay(38); dichos estudios encontraron que la adaptación materna a los aspectos estresantes de la hospitalización neonatal está fuertemente asociada al nivel socioeconómico, educacional y al estado civil. Esto último podría explicarse por la menor disponibilidad de recursos para adaptarse a esta situación y a la dificultad para comprender la información recibida. Sin embargo, también existen reportes que no encontraron asociación entre estos factores(37). Por lo que, debería evaluarse a cada población, sabiendo que las más vulnerables son las que tienen un menor nivel socioeconómico y un acceso educativo limitado esto en acorde a que existen reportes de mujeres con conductas poco saludables en el periodo prenatal; también podemos citar que en un trabajo colombiano la prevalencia en púerperas fu de 10,5% cifras similares a otros trabajos de la región las que concluyen que existe un infra-diagnóstico de esta patología, así como, un mal tratamiento(49)(63)(64)(65).

La condición laboral resulta ser otro de los factores asociados a la depresión postparto, siendo seis veces mayor cuando las madres no tienen un empleo remunerado o están desocupadas. Esto es entendible, debido a que la carga familiar demanda mayor gasto económico en el hogar, y si se tiene ausencia de trabajo se afecta a las necesidades de diversa índole de los integrantes de la familia, incluyendo al recién nacido, lo cual la hace propensa a tener una mayor depresión. Es probable que las desventajas socioeconómicas actúen como un factor de vulnerabilidad que disminuya el umbral para la depresión ante varios tipos de adversidades. La desfavorable situación económica de la mujer dada por el desempleo sería una de las variables con mayor

fuerza en la asociación con una posible depresión posparto, criterio compartido por Sierra(con un OR obtenido de 9,7)(66), en su trabajo realizado en España, así como por Augusto(67) en su estudio realizado en Portugal y por Taherifard en su investigación realizada en Irán(para la variable de estado laboral se encuentra el valor de OR de 2.01 mientras que en nuestro estudio un OR de 25.71, indicándonos una mayor asociación)(68).

La planificación del embarazo resultó ser otro de los factores asociados de la depresión posparto, lo que generó hasta tres veces más la probabilidad de desarrollar depresión en dichas madres, en mujeres que no habían planificado su embarazo. Lo anterior coincide con lo reportado en otros estudios realizados en Chile(35), Brasil(69) y Ecuador(54) pero es contrario a lo hallado en otros(49)(70), -en los que se argumenta que las mujeres que desean estar embarazadas presentan factores psicológicos como psicosis, angustia e incertidumbre acerca del cumplimiento del cuidado postnatal de manera eficaz-. Por lo que esta característica también resultaría ser variable según la población, lo que propicia que haya mucha más investigación en las poblaciones específicas.

Otro de los factores evaluados fue la relación con la pareja, resultando un factor asociado cuando existen problemas graves con la pareja. En un estudio realizado en Venezuela(37) se determinó que aquellas madres que no contaron con apoyo familiar o apoyo de la pareja eran más propensas a desarrollar depresión posparto. De acuerdo a un estudio realizado en Perú, los factores psiquiátricos y psicosociales constituyen los factores más influyentes en la predicción de esta patología poco conocida, pero con prevalencia significativa(2). Esto es de suma importancia, ya que, el apoyo proporcionado a la madre durante esta etapa resulta crucial para afrontar los cambios experimentados. De acuerdo a los resultados obtenidos en Chile se observa que aquellas

madres separadas de su pareja presentan una probabilidad aumentada de realizar depresión postparto(40). Ya que, una pareja estable brinda seguridad a la madre y se ha demostrado que el apoyo brindado por una persona cercana actúa como un factor protector para prevenir dicha condición psiquiátrica(14).

En un estudio venezolano se encuentra que el tener un nivel educativo por debajo o igual a la primaria completa aumentaba en 7 veces el riesgo de presentar depresión post parto(40), otro estudio realizado en Chile se encontró un resultado parecido, donde señala que el tener un nivel educativo bajo se relaciona a la depresión post parto(37), mientras que en un estudio realizado en Perú no se evidencia relación alguna, dicho resultado concuerda con el nuestro(58).

Es llamativo que, las variables de la esfera mental, laboral y familiar que fueron las más influyentes en la depresión postparto (la planificación del embarazo, el apoyo de la pareja, el estado civil y el no trabajar habitualmente fuera del hogar o perder el trabajo durante el embarazo o puerperio). Demostrando que el contexto social es el más importante para un adecuado desarrollo de la etapa del puerperio.

CONCLUSIONES

Según los resultados encontrados de acuerdo a las condiciones en las que se ejecutó el estudio, se concluye que existen diversos factores relacionados a la depresión postparto, entre ellos principalmente se encuentran asociados los siguientes:

- Se concluye que existen diversos factores asociados a la depresión posparto en madres cuyos hijos se encuentran hospitalizados en distintas unidades de pediatría y/o neonatología.
- Existen factores sociales relacionados con la depresión posparto como es el estado civil de las madres, específicamente el estado de soltera que es uno de los principales factores de riesgo para presentar DPP.
- Otro factor de riesgo relacionado con el inicio de la depresión en púerperas es una condición laboral desfavorable; el estado de desempleada está estrechamente relacionada con la sintomatología depresiva.
- Existen factores psicológicos relacionados con la depresión posparto, una mala relación con la pareja caracterizado por la presencia de problemas graves entorno a la familia juega un papel importante para el inicio de esta condición psiquiátrica.
- La ausencia de planificación en el embarazo también es otro factor de riesgo importante para la aparición de sintomatología depresiva en el puerperio.

RECOMENDACIONES

- Consideramos que es necesario continuar con la realización de más estudios sobre la depresión postparto en nuestro país, sobre todo en la región de la sierra central, y con la ayuda del estado poder hacer un adecuado seguimiento para prevenir y tratar esta patología
- Capacitar al personal de salud que estará encargado del manejo de las mujeres durante la etapa del embarazo, para así reconocer la sintomatología de esta patología y poder derivarla a la estancia correspondiente.
- Se precisa enfatizar en la necesidad de un ambiente cálido entre el personal de salud que este encargado de las unidades pediátricas y neonatológicas, ya que se debe considerar que las madres con hijos hospitalizados están propensas al desarrollo de síntomas depresivos en las madres.
- Sugerimos menester la presencia de profesionales capacitados en el tema, que podrían ser psicólogos, psiquiatras, médicos de familia, médicos generales o residentes; tanto en los servicios de Gineco-obstetricia como en las salas de UCIN, para que sean ellos quienes valoren la salud mental de las mujeres antes de ser dadas de alta y en función de los hallazgos puedan brindar el soporte necesario a esta población vulnerable.
- Incentivar a las mujeres gestantes y puérperas a la búsqueda de ayuda, cuando perciban la presencia de alteraciones afectivas, para así evitar el desarrollo final de depresión.
- Como médicos brindar una atención integral a la mujer y a su entorno familiar, para que de manera conjunta enfrentemos a esta patología, con el objetivo de lograr un exitoso vínculo afectivo entre la madre y su hijo.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Latorre-Latorre JF, Contreras-Pezzotti LM, Herrán-Falla OF. Depresión posparto en una ciudad Colombiana. Factores de riesgo. Aten Primaria. 2006;
2. 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. Rev peru epidemiol. 2008;12(3):1–5.
3. Carrillo M. Factores Asociados a Depresion Postparto en mujeres que acuden al Hospital General de Ecatepec"Dr. José María Rodríguez". 2012;2–55.
4. Plasencia V, Analy G, Díaz R, Rene D, Arangoitia C, Cáceres A, et al. Disfuncionalidad familiar y violencia familiar como factores de riesgo de depresión puerperal. Hospital Regional de Cajamarca, Perú.2014. Scientia. 2017;9(2):145–52.
5. Larsson H, Cnattingius S, Sandin S, Reichenberg A, Silverman ME, Hultman CM, et al. The risk factors for postpartum depression: A population-based study. *Depress Anxiety*. 2017;
6. Hernandez-Gomez C, Brummitt PA, Canny DJ, Clarke RJ, Collier J, Danson CN, et al. Vulcan petawatt-operation and development. *J Phys IV*. 2006;133:555–9.
7. Dois ACU. Factores de riesgo asociados a síntomas depresivos post parto en mujeres de bajo riesgo obstétrico atendidas en el sistema público. *Rev Med Chile*. 2012;140: 719-7.

8. Konradt CE, Silva RA da, Jansen K, Vianna DM, Quevedo L de A, Souza LD de M, et al. Depressão pós-parto e percepção de suporte social durante a gestação. *Rev Psiquiatr do Rio Gd do Sul*. 2011;33(2):76–9.
9. Leahy-Warren P, McCarthy G, Corcoran P. Postnatal Depression in First-Time Mothers: Prevalence and Relationships Between Functional and Structural Social Support at 6 and 12 Weeks Postpartum. *Arch Psychiatr Nurs*. 2011;
10. Bener A, Burgut FT, Ghuloum S, Sheikh J. A Study of Postpartum Depression in a Fast Developing Country: Prevalence and Related Factors. *Int J Psychiatry Med*. 2012;
11. Luc O. Prevalencia de depresión posparto en el Hospital San Juan de Dios , Cali , Prevalence of post-partum depression at Hospital San Juan de Dios in Cali , Colombia . 2013;64(4):371–8.
12. Enrique Jadresic M. Depresión perinatal: Detección y tratamiento. *Rev Médica Clínica Las Condes*. Elsevier; 2014;25(6):1019–28.
13. Ortiz Martinez RA, Gallego Betancourt CX, Buitron Zuñiga EL, Meneses Valdés YD, Muñoz Fernandez NF, Gonzales Barrera MA. Prevalencia de tamiz positivo para Depresión Postparto en un Hospital de tercer nivel y posibles factores asociados. *Rev Colomb Psiquiatr*. 2016;45(4):253–61.
14. Cherry AS, Blucker RT, Thornberry TS, Hetherington C, McCaffree MA, Gillaspay SR, et al. Postpartum depression screening in the Neonatal Intensive Care Unit: Program development, implementation, and lessons learned. *J Multidiscip Healthc*. 2016;
15. Mendoza B. C, Saldivi S. Actualización en depresión postparto: El desafío

- permanente de optimizar su detección y abordaje. *Rev Med Chil.* 2015;143(7):887–94.
16. Kessler RC, Berglund P, Demler O. The Epidemiology of Major. 2003;(July).
 17. Restrepo-Arango M, Pontificia Bolivariana Emmanuel Sánchez-Díaz U, Pontificia Bolivariana María Camila Vélez-Peláez U, Pontificia Bolivariana Juan Sebastián Marín-Cárdenas U, Pontificia Bolivariana Lina María Martínez-Sánchez U, Pontificia Bolivariana Daniel Gallego-González U. Trastorno depresivo mayor: una mirada genética* Major depressive disorder: a genetic view. 2017;13(2):279–94. Available from: <http://dx.doi.org/10.15332/s1794-9998.2017.0002.11>
 18. Ceballos martínez I, Sandoval jurado L, Jaimes mundo E, Medina peralta G, Madera gamboa J. Depresión durante el embarazo. *Epidemiología en mujeres mexicanas.* *Rev Med Inst Mex Seguro Soc.* 2010;48(1):71–4.
 19. González PC. Detección del riesgo de Depresión Posparto y su relación con el apoyo percibido en un centro de atención primaria. 2016.
 20. Padilla EM, Velasco N. Factors associated with depression symptoms in mothers with children in neonatal unit. *RevMedicaSanitas.* 2014;(December 2016).
 21. Formación I De, G^a-villanova F, Cuéllar-flores I. El Estrés Materno en la Organización del Vínculo Madre-Bebé Prematuro de Bajo Peso Maternal Stress in the Organization of the Mother- Baby Attachment in Low Weight Prematures. *Clin Contemp.* 2013;4(2):171–83.
 22. Estrés en padres de recién nacidos prematuros de muy bajo peso hospitalizados en unidades de cuidados intensivos neonatales. Estudio multicéntrico. *Arch*

Argent Pediatr. 2015;

23. Peña. IHC, Tite PL. Depresión Posparto en madres de neonatos hospitalizados en la unidad de cuidados intensivos neonatal (UCIN) y no hospitalizados, en los hospitales Un Canto A La Vida Y Maternidad Nueva Aurora, UN seguimiento desde la etapa gestacional. Pontifica Universidad Catolica del Ecuador; 2017.
24. Surkan PJ, Kawachi I, Peterson KE. Childhood overweight and maternal depressive symptoms. *J Epidemiol Community Heal.* 2008;62(5):e11–e11.
25. Wright CM, Parkinson KN, Drewett RF. The influence of maternal socioeconomic and emotional factors on infant weight gain and weight faltering (failure to thrive): Data from a prospective birth cohort. Vol. 91, *Archives of Disease in Childhood.* 2006.
26. Čuti EĆ, Rustemović N, Perkov D. Erratum to: 12th WINFOCUS world congress on ultrasound in emergency and critical care (*Crit Ultrasound J*, (2016), 8, Suppl 1, (12), 10.1186/s13089-016-0046-8). *Crit Ultrasound J.* 2016;8(1):359–66.
27. Grote V, Vik T, von Kries R, Luque V, Socha J, Verduci E, et al. Maternal postnatal depression and child growth: A european cohort study. *BMC Pediatr.* 2010;10.
28. Jadresic M. E. Depresión Posparto En El Contexto Del Hospital General. *Rev Médica Clínica Las Condes.* Clínica Las Condes; 2017;28(6):874–80.
29. Bao Alonso M del P, Vega Dienstmaier J, Saona Ugarte P. Prevalencia de depresión durante la gestación. *Rev Neuropsiquiatr.* 2010;73(3):95–103.
30. Zonana J, Gorman JM. The Neurobiology of Postpartum Depression. *CNS*

- Spectr. 2016;10(10):792–799,805.
31. Romero R D, Orozco R LA, Ybarra S JL, Gracia R BI. Sintomatología depresiva en el post parto y factores psicosociales asociados. Rev Chil Obstet Ginecol. 2017;
 32. Kakyo TA, Muliira JK, Mbalinda SN, Kizza IB, Muliira RS. Factors associated with depressive symptoms among postpartum mothers in a rural district in Uganda. Midwifery. Elsevier; 2012;28(3):374–9.
 33. Atuhaire C, Cumber SN. Factors associated with postpartum depression among adolescents in Uganda. Pan Afr Med J. 2018;30:1–6.
 34. Gutiérrez C, Alarcón J, Sánchez S, Carrión M. Prevalencia y factores asociados a heridas punzo-cortantes en trabajadores de salud del primer nivel de atención . Dirección de Salud V Lima Ciudad , 2005. 2008;12(2):1–9.
 35. Bustos S, Jiménez N. Factores de riesgo asociados a la depresión post parto, en mujeres que asisten a centros de atención primaria en la ciudad de Arica - Chile. Psiquiatr y Salud Ment. 2013;xxx(1):38–49.
 36. Escobar J, Pacora P, Custodio N, Villar W. Depresión posparto: ¿se encuentra asociada a la violencia basada en género? An la Fac Med. 2017;
 37. Urdaneta, J. Rivera, A. García , J. Guerra, M. Baabel, N. Contreras A. Factores de riesgo de depresión posparto en puérperas venezolanas valoradas por medio de la escala de Edimburgo. Rev Chil Obstet Ginecol. 2011;76(2):102–12.
 38. Wormald F, Tapia L, Torres G, Gonz A, Rodr D, Escobar M, et al. Estrés en padres de recién nacidos prematuros de muy bajo peso hospitalizados en unidades de cuidados intensivos neonatales. Estudio multicéntrico. Arch Argent

- Pediatr. 2015;113(04):303–9.
39. Navas Orozco W. PSQUIATRIA - Depresión Posparto. 2013;639–47.
 40. Rojas G, Fritsch R, Guajardo V, Rojas F, Barroilhet S, Jadresic E. Caracterización de madres deprimidas en el posparto. Rev méd Chile [Internet]. 2010;138:536–42. Available from: es
 41. The influence of maternal socioeconomic and emotional factors on infant weight gain and weight faltering (failure to thrive).
 42. Amasifen B, Curi B. Influencia De Las Características Sociodemográficas En La Depresión Posparto En Puérperas Atendidas En El Hospital II ESSALUD Tarapoto Y Hospital Minsa II - 2 Tarapoto. setiembre 2015 - enero 2016. 2012;1–82.
 43. Cox JL, Holden JM, Sagovsky R. Detection of Postnatal Depression: Development of the 10-item Edinburgh Postnatal Depression scale. Br J Psychiatry. 1987;150(JUNE):782–6.
 44. Hered RM, Hered RM. Depresión posparto en el Perú. 2018;(11):207–10.
 45. mendoza C, Saldivia S. Actualización en depresión posparto: el desafío permanente de optimizar su detección y abordaje. Rev Med Chile. 2015;143:887–94.
 46. Stuart S, O'Hara MW, Gorman LL. The prevention and psychotherapeutic treatment of postpartum depression. Arch Womens Ment Health. 2003;6(SUPPL. 2).
 47. Leight K, Fitelson, Sarah Kim, Baker A. Treatment of post-partum depression: a review of clinical, psychological and pharmacological options. Int J Womens

- Health. 2011;1.
48. Medina E. Diferencias entre la depresión postparto, la psicosis postparto y la tristeza postparto. *Perinatol y Reprod Humana*. 2013;27(3):185–93.
 49. Rincón-Pabón D, Ramírez-Vélez R. Determinantes sociales, cuidado prenatal y depresión posparto: Resultados de la Encuesta Nacional de Salud 2010: Estudio transversal. *Progresos Obstet y Ginecol*. 2013;56(10):508–14.
 50. Índice D-I, Español. Manual Diagnóstico DSM - IV TR. :1–124.
 51. R.-H. X, G. H, D. K, M. W. Fetal sex, social support, and postpartum depression. *Can J Psychiatry*. 2009;54(11):750–6.
 52. Lorenzo-Veigas AM, Soto-González M. Factores de riesgo de la depresión posparto. *Fisioterapia*. 2014;36(2):87–94.
 53. Dur E, Ospina NV. Factors Associated To Depressive Symptoms In Mothers Of Children Hospitalized At A Neonatal Care Unit 2015;18(4):198–205.
 54. Atendidas M, El EN, José H, Arteaga C, Francisco X, Serrano A. Universidad De Cuenca Facultad De Ciencias Médicas Escuela De Medicina Depresión Posparto. Prevalencia Y Factores De Riesgo En Cuenca 2014 Tesis Previa A La Obtención Del Título De Médica Y Médico Autores María Fernanda Santacruz Fernandez.
 55. ALVA JFC. “Factores Asociados A Depresión Postparto En Puéperas Atendidas En Hospital II-2 Santa Rosa Durante Septiembre- Diciembre, 2017.
 56. González D, Ballesteros N, Serrano M. Determinantes estresores presentes en madres de neonatos pretérmino hospitalizados en las Unidades de Cuidados Intensivos. *Cienc y Cuid*. 2012;(1) 9(August):43–53.

57. Carvalho AEV, Linhares MBM, Padovani FHP, Martinez FE. Anxiety and depression in mothers of preterm infants and psychological intervention during hospitalization in Neonatal ICU. *Span J Psychol.* 2009;12(1):161–70.
58. Luna Matos ML, Salinas Piélago J, Luna Figueroa A. [Major depression in pregnant women served by the National Materno-Perinatal Institute in Lima, Peru]. *Rev Panam Salud Publica.* 2009;26(4):310–4.
59. Asociados F, Mortalidad LA, Pacientes HDELOS. Universidad nacional de piura facultad de ciencias de la salud escuela de medicina “. 2017;
60. Alkozei A, McMahon E, Lahav A. Stress levels and depressive symptoms in NICU mothers in the early postpartum period. *J Matern Neonatal Med.* 2014;27(17):1738–43.
61. Montirosso R, Provenzi L, Calciolari G, Borgatti R. Measuring maternal stress and perceived support in 25 Italian NICUs. *Acta Paediatr Int J Paediatr.* 2012;
62. Chourasia N, Surianarayanan P, Bethou A, Bhat V. Stressors of NICU mothers and the effect of counseling-experience from a tertiary care teaching hospital, India. *J Matern Neonatal Med.* 2013;26(6):616–8.
63. Patel V, Kleinman A. Poverty and common mental disorders in developing countries. *Bull World Health Organ.* 2003;81(8):609–15.
64. Lara A, Navarro C, Navarrete L, Cabrera A, Almanza J, Morales F, et al. Depressive symptoms in pregnancy and associated factors in patients of three health institutions in Mexico City [Spanish] Sintomas depresivos en el embarazo y factores asociados, en pacientes de tres instituciones de salud de la ciudad de Mexico. *Salud Ment.* 2006;29(4):55–62.

65. FJ FVMCNCSJ de N. Multiprofessional care and mental health in pregnant women. TT - [Atención multiprofesional y salud mental en las embarazadas]. Rev Saude Publica / J Public Heal. 2005;39(4):612–8.
66. Sierra Manzano JM, Carro García T, Ladrón Moreno E. Variables asociadas al riesgo de depresión posparto. Edinburgh Postnatal Depression Scale. Aten Primaria. Elsevier; 2002;30(2):103–11.
67. Augusto A, Kumar R, Calheiros JM, Matos E, Figueiredo E. Post-natal depression in an urban area of Portugal: comparison of childbearing women and matched controls. Psychol Med. 1996;26(01):135.
68. Taherifard P, Delpisheh A, Shirali R, Afkhamzadeh A, Veisani Y. Socioeconomic, psychiatric and materiality determinants and risk of postpartum depression in border city of Ilam, western Iran. Depress Res Treat. 2013;2013.
69. Alberto Moreno Zaconeta, Lucília Domingues Casulari da Motta PSF. Depresión Postparto: Prevalencia De Test De Rastreo Positivo En Puérperas Del Hospital Universitario De Brasilia, Brasil. 2012.
70. Csator dai S, Kozinszky Z, Devosa I, Tóth É, Krajcsi A, Sefcsik T, et al. Obstetric and sociodemographic risk of vulnerability to postnatal depression. Patient Educ Couns. 2007;67(1–2):84–92.

ANEXOS

CUESTIONARIO SOBRE DEPRESIÓN POSTNATAL EDIMBURGO
(EPDS)

Validado para el periodo prenatal

Nos gustaría saber cómo se ha estado sintiendo; por favor encierre el número de la respuesta que más se acerca a como se ha sentido en los últimos 7 días y no solo como se ha sentido hoy. Por favor complete las otras preguntas de la misma manera.

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

- 0 Tanto como siempre
- 1 No tanto ahora
- 2 Mucho menos
- 3 No, no he podido

2. He mirado el futuro con placer:

- 0 Tanto como siempre
- 1 Algo menos de lo que solía hacer
- 2 Definitivamente menos
- 3 No, nada

3. Me he culpado sin necesidad cuando las cosas no salían bien:

- 3 Sí, la mayoría de las veces
- 2 Sí, algunas veces
- 1 No muy a menudo
- 0 No, nunca

4. He estado ansiosa y preocupada sin motivo:

- 0 No, para nada
- 1 Casi nada
- 2 Sí, a veces
- 3 Sí, a menudo

5. He sentido miedo y pánico sin motivo alguno:

- 3 Sí, bastante
- 2 Sí, a veces
- 1 No, no mucho
- 0 No, nada

6. Las cosas me oprimen o agobian:

- 3 Sí, la mayor parte de las veces
- 2 Sí, a veces
- 1 No, casi nunca
- 0 No, nada

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

- 3 Sí, la mayoría de las veces
- 2 Sí, a veces
- 1 No muy a menudo
- 0 No, nada

8. Me he sentido triste y desgraciada:

- 3 Sí, casi siempre
- 2 Sí, bastante a menudo
- 1 No muy a menudo
- 0 No, nada

9. He sido tan infeliz que he estado llorando:

- 3 Sí, casi siempre
- 2 Sí, bastante a menudo
- 1 Sólo en ocasiones
- 0 No, nunca

10. He pensado en hacerme daño a mí misma:

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

ENCUESTA DE FACTORES DE RIESGO

DATOS GENERALES

Edad (años cumplidos): _____

Hospital: _____

1. ¿ACTUALMENTE, SU HIJO ESTA HOSPITALIZADO POR MÁS DE 48 HORAS?	() Si () No
2. ESTADO CIVIL	() Soltera () Conviviente () Casada () Viuda () Divorciada
3. PROCEDENCIA	() Lima () Provincia Costa () Provincia Sierra () Provincia Selva
4. ESCOLARIDAD	() Sin estudios () Primaria incompleta () Primaria Completa () Secundaria completa () Secundaria incompleta () Técnica completa () Técnica incompleta () Universitaria completa () Universitaria incompleta
5. ¿CÓMO CONSIDERA LA RELACION CON SU PAREJA?	() Buena o Muy buena () Normal (sin problemas graves) () Mala o muy mala
6. ¿CUÁNTAS VECES ESTUVO EMBARAZADA?	Numero _____
7. ESTADO LABORAL ACTUAL	() Desempleada () Empleada
8. ¿FUE UN EMBARAZO PLANIFICADO?	() Si () No
9. TIPO DE PARTO	() Vaginal () Cesárea
10. ¿TUVO ALGUN ABORTO ANTERIORMENTE?	() Si () No
11. CONTROLES PRENATALES	() Ningún control () Primer control en el 1 trimestre () Primer control en el 2 trimestre () Primer control en el 3 trimestre
12. ¿CUÁNTOS KILOS AUMENTO DURANTE EL EMBARAZO?	() Más o igual a 10 kilos () Menos de 10 kilos
13. ¿CUENTA CON EL APOYO DE SU FAMILIA?	() Si () No