



FACULTAD DE MEDICINA “HIPÓLITO UNANUE”

FACTORES ASOCIADOS A SINTOMATOLOGÍA DE DEPRESIÓN POSTPARTO
EN PUÉRPERAS DE EDAD FÉRTIL EN EL PERÚ: SUBANÁLISIS DE LA ENDES

2021

Línea de investigación:

Salud pública

Tesis para optar el Título Profesional de Médico Cirujano

Autora:

Limascca Gutierrez, Nataly Deisi

Asesor:

Del Aguila Villar, Carlos Manuel
(ORCID: 0000-0002-5345-5995)

Jurado:

Sandoval Diaz, Wilder Adolfo
Mendez Campos, Maria Adelaida
López Gabriel, Wilfredo Gerardo

Lima - Perú

2023



"FACTORES ASOCIADOS A SINTOMATOLOGIA DE DEPRESION POSTPARTO EN PUERPERAS DE EDAD FERTIL EN EL PERU: SUBANALISIS DE LA ENDES 2021"

INFORME DE ORIGINALIDAD

22%

INDICE DE SIMILITUD

22%

FUENTES DE INTERNET

3%

PUBLICACIONES

8%

TRABAJOS DEL ESTUDIANTE

FUENTES PRIMARIAS

1	hdl.handle.net Fuente de Internet	5%
2	repositorio.urp.edu.pe Fuente de Internet	5%
3	repositorio.unfv.edu.pe Fuente de Internet	1%
4	www.mayoclinic.org Fuente de Internet	1%
5	repositorio.unp.edu.pe Fuente de Internet	1%
6	repositorio.upsjb.edu.pe Fuente de Internet	1%
7	cybertesis.unmsm.edu.pe Fuente de Internet	<1%
8	pesquisa.bvsalud.org Fuente de Internet	<1%



Universidad Nacional
Federico Villarreal

VRIN | VICERRECTORADO
DE INVESTIGACIÓN

FACULTAD DE MEDICINA “HIPÓLITO UNANUE”
FACTORES ASOCIADOS A SINTOMATOLOGÍA DE DEPRESIÓN POSTPARTO EN
PUÉRPERAS DE EDAD FÉRTIL EN EL PERÚ: SUBANÁLISIS DE LA ENDES 2021

Línea de Investigación:

Salud Pública

Tesis para optar el Título Profesional de Médico Cirujano

Autora:

Limascca Gutierrez, Nataly Deisi

Asesor:

Del Aguila Villar Carlos Manuel

(ORCID: 0000-0002-5345-5995)

Jurado:

Sandoval Diaz, Wilder Adolfo

Mendez Campos, Maria Adelaida

López Gabriel, Wilfredo Gerardo

Lima – Perú

2023

Agradecimiento

Agradecer a mi esposo por el apoyo incondicional con mi crecimiento intelectual y a mi hijo que me motiva a ser cada día mejor.

Agradezco a los docentes de mi casa de estudio por el gran compromiso con nuestro aprendizaje.

Dedicatoria

A toda mi familia, a mi madre que con su ejemplo me enseñó que los sueños no tienen límites y que los obstáculos se pueden superar.

A Hernán mi esposo, por su respaldo y cariño.

ÍNDICE

I. INTRODUCCIÓN.....	8
1.1. Descripción y formulación del problema.....	9
<i>1.1.1. Descripción del problema</i>	9
<i>1.1.2. Formulación del problema</i>	11
1.1.2.1. Problema general	11
1.1.2.2. Problemas específicos.....	11
1.2. Antecedentes	11
<i>1.2.1. Internacionales</i>	11
<i>1.2.2. Nacionales</i>	17
1.3. Objetivos	22
<i>1.3.1. Objetivo general</i>	22
<i>1.3.2. Objetivos específicos</i>	22
1.4. Justificación	22
1.5. Hipótesis	24
<i>1.5.1. Hipótesis general</i>	24
<i>1.5.2. Hipótesis específicas</i>	24
II. MARCO TEÓRICO.....	25
2.1. Bases teóricas.....	25
<i>2.1.1. Depresión posparto</i>	25
2.1.1.4 Factores asociados a sintomatología de depresión.	26
<i>2.1.2. Definiciones conceptuales</i>	32
III. MÉTODO.....	34

3.1. Tipo de investigación.....	34
3.2. Ámbito temporal y espacial	34
3.2.2 Ámbito temporal.....	34
3.2.1 Ámbito espacial	34
3.3. Variables	34
3.3.1. <i>Variable dependiente</i>	34
3.3.2. <i>Variables independientes</i>	35
3.4. Población y muestra.....	35
3.4.1. <i>Población</i>	35
3.4.2.3. Criterios de inclusión.....	36
3.4.2.4. Criterios de exclusión	36
3.5. Instrumentos.....	37
3.6. Procedimientos.....	37
3.7. Análisis de datos	37
3.8. Consideraciones éticas	38
IV. RESULTADOS.....	39
V. DISCUSION DE RESULTADOS.....	49
VI. CONCLUSIONES.....	54
VII RECOMENDACIONES.....	55
VIII. REFERENCIAS	56
IX. ANEXOS.....	64

RESUMEN

Objetivo: Determinar cuáles son los factores asociados a sintomatología depresiva postparto en puérperas de edad fértil en Perú: subanálisis de la ENDES 2021. **Método:** Se ejecutó un estudio de tipo observacional, retrospectivo, de corte transversal y analítico basado en una fuente secundaria con información basada en la ENDES 2021. **Resultados:** La prevalencia de sintomatología depresiva en mujeres de edad fértil con posparto reciente fue de 5.61%, de acuerdo al análisis bivariado muestra la prevalencia de sintomatología depresiva en mujeres con posparto reciente según el estado civil soltera (viudas/divorciadas/no convivientes) con 14.72 % ($p < 0.001$), con tratamiento previo de depresión 19.93 % ($p < 0.001$), y en mujeres con violencia doméstica de 12.03 % ($p < 0.001$). El análisis multivariado de los factores asociados a sintomatología de depresión postparto en puérperas en edad fértil fueron el estado civil soltera con OR ajustada de 2.26 (IC 95 %: 1.45-3.53); el tratamiento previo por depresión el cual mostró una fuerte asociación, con una OR ajustada de 4.02 (IC 95 %: 2.11-7.67) y la presencia de violencia doméstica se asoció significativamente con la sintomatología depresiva, con una OR ajustada de 2.72 (IC 95 %: 1.84-4.01). **Conclusiones:** El factor patológico asociado a sintomatología de depresión postparto en puérperas de edad fértil es el antecedente de depresión previa al embarazo y el factor sociodemográfico asociado a sintomatología de depresión postparto es el estado civil soltera, así como la presencia de violencia doméstica.

Palabras clave: depresión posparto, síntomas depresivos posparto, puerperio, mujeres en edad fértil.

ABSTRACT

Objective: To determine the factors associated with postpartum depressive symptomatology in postpartum women of childbearing age in Peru: subanalysis of the ENDES 2021. **Methods:** An observational, retrospective, cross-sectional, analytical and retrospective study was carried out based on a secondary source with information based on the DHS 2021. **Results:** The prevalence of depressive symptomatology in women of childbearing age with recent postpartum was 5.61%, according to the bivariate analysis shows the prevalence of depressive symptomatology in women with recent postpartum according to marital status single (widowed/divorced/not cohabiting) with 14.72 % ($p<0.001$), with previous treatment of depression 19.93 % ($p<0.001$), and in women with domestic violence of 12.03 % ($p<0.001$). The multivariate analysis of the factors associated with postpartum depression symptomatology in postpartum women of childbearing age were single marital status with adjusted OR of 2.26 (95 % CI: 1.45-3.53); previous treatment for depression which showed a strong association, with an adjusted OR of 4.02 (95 % CI: 2.11-7.67) and the presence of domestic violence was significantly associated with depressive symptomatology, with an adjusted OR of 2.72 (95 % CI: 1.84-4.01). **Conclusions:** The pathological factor associated with postpartum depression symptomatology in postpartum women of childbearing age is a history of depression prior to pregnancy and the sociodemographic factor associated with postpartum depression symptomatology is single marital status, as well as the presence of domestic violence.

Key words: postpartum depression, postpartum depressive symptoms, puerperium, women of childbearing age.

I. INTRODUCCIÓN

La depresión es un grave problema de salud pública a nivel mundial porque, según la Organización Mundial de la Salud (OMS), afecta a nivel mundial a 300 millones de personas aproximadamente, llegando a una prevalencia del 8% al 12% a nivel mundial (OMS, 2023).

Debido a su alta incidencia y prevalencia crecientes es considerada uno de los problemas maternos más frecuente, pero tristemente es poco detectado y por mismo poco abordado. De acuerdo al Ministerio de salud de nuestro país desde el año 2022 al año 2023 hay un incrementado de depresión anual del 19.21% así mismo se menciona que solo 2 de cada 10 personas con patologías mentales tienen acceso a los consultorios de salud mental (Ministerio de salud del Perú, 2023) y a pesar de conocer estas cifras el estado no ha implementado ningún tipo de intervención para el mejor acceso a los servicios de salud mental para el abordaje de esta patología. (GHDx, 2023).

La depresión postparto tiene una etiología multifactorial por lo que los antecedentes de depresión previa, las complicaciones durante o después del embarazo, el tipo de relación con el cónyuge, la falta de apoyo familiar, los problemas con la economía, un embarazo no planificado o no deseado, entre otras cosas, contribuyen a la progresión de esta enfermedad. Alrededor del 85% de las mujeres sufren trastornos del estado de ánimo durante el puerperio y, aunque es difícil señalar la causa exacta, hay muchos factores que contribuyen a la progresión de la enfermedad.

1.1. Descripción y Formulación del problema.

1.1.1. Descripción del problema

Debido a su incidencia y prevalencia crecientes, las enfermedades mentales han resurgido en la sociedad actual como males que generan gran preocupación. Ya que actualmente la depresión tiene una preponderancia significativa, afectando a nivel mundial a 300 millones de personas aproximadamente, llegando a una prevalencia del 8% al 12% a nivel mundial (OMS, 2023), siendo el doble en mujeres en comparación con los varones, y causando discapacidad en quienes la padecen, así como años de vida perdidos. (GHDx, 2023)

Según la Organización Panamericana de salud (OPS) se considera a la depresión postparto (DPP) como un “trastorno mental afectivo severo”. (Caparros-Gonzales et al., 2018) De acuerdo al Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM-V) la DPP es un trastorno que aparece en la etapa perinatal, que puede iniciar durante la gestación o puerperio, cuatro semanas después del parto. (Asociación Americana de Psiquiatría [DSM-V], 2014).

La prevalencia de la DPP es variada dependiendo del país que se analice, a nivel mundial la prevalencia se encuentra entre el 10 y 20%. (Liu et al., 2022), en los Estados Unidos es de 11,7 % a 20,4 % y en Sudamérica que el porcentaje aumenta a un 20,7%; sin embargo, en los países de Europa el porcentaje es menor de 6,1% aproximadamente (Marcos et al., 2017). A pesar que estos porcentajes son bajos la OMS la considera un gran problema de salud pública.

Un estudio de Mendoza Rojas que realizó en Perú, a nivel nacional encontró que la Depresión posparto tiene una prevalencia de 3.12% en Perú para el año 2017, 4% para el 2018 y 5.2% para el año 2019 (Mendoza, 2022), como se observa estas cifras son pequeñas sin embargo van en aumento a través de esos tres años, lo cual es preocupante, así mismo existen estudios realizados en diferentes hospitales en los cuales nos muestran los alarmantes prevalencias

porcentajes de depresión posparto, el 54.11% de mujeres puérperas presentó depresión posparto en Cañete (Rodríguez y Roncal, 2023), el 39% en el hospital de Iquitos (Valdivia, 2020), el 33.3% en Hospital Regional Docente de Trujillo (Sánchez, 2019), el 14,15% de DPP en un hospital en Arequipa (Masías y Arias, 2018), y en Lima el 30% en la ex Maternidad de Lima (INMP) (Villanueva, 2022), en el Hospital Nacional 2 de mayo y Hospital Nacional Cayetano Heredia fue del 31.4% (Bermejo et al., 2020).

A pesar de contar con diversas investigaciones en diferentes partes del territorio nacional sobre la depresión posparto y los efectos nocivos sobre el apego madre-bebé; las madres pueden llegar a desarrollar ansiedad, pensamientos negativos, e ideación suicida y en el bebé se relaciona con poca ganancia de peso y poco crecimiento, patrón de sueño alterado, resultados negativos indirectos sobre el desarrollo del lenguaje y la cognición, predisposición a procesos de enfermedad, problemas en la lactancia, lactancia descontinuada.(Guintivano et al., 2018).

Pese a todo lo expuesto, actualmente en nuestro país no existen tamizajes de rutina en los consultorios de postas u hospitales para las mujeres después de tener un parto, por lo cual estas mujeres que padecen de depresión posparto no pueden ser diagnosticadas y mucho menos tratadas, por ello es importante determinar cuáles son los factores de riesgo asociados que conllevan a sintomatología depresiva en la etapa postparto en mujeres de edad fértil en Perú, y si aquellas mujeres que padecen de depresión posparto tienen o no acceso a los consultorios de salud mental, al emplear las encuestas ENDES 2021 en un nuevo análisis, el presente estudio contribuirá significativamente a actualizar este tema.

1.1.2. Formulación del problema

1.1.2.1. Problema general.

- ¿Cuáles son los factores asociados a sintomatología de depresión postparto en puérperas de edad fértil en Perú: subanálisis de la ENDES 2021?

1.1.2.2. Problemas específicos.

- ¿Cuáles son los factores socio-demográficos asociados a sintomatología de depresión postparto en puérperas de edad fértil en Perú: subanálisis de la ENDES 2021?
- ¿Cuáles son los factores obstétricos asociados a sintomatología de depresión postparto en puérperas de edad fértil en Perú: subanálisis de la ENDES 2021?
- ¿Cuáles son los factores patológicos asociados a sintomatología de depresión postparto en puérperas de edad fértil en Perú: subanálisis de la ENDES 2021?
- ¿Existe una asociación entre acceso a salud mental y sintomatología de depresión postparto en puérperas de edad fértil en Perú: subanálisis de la ENDES 2021?

1.2. Antecedentes

1.2.1. Internacionales

Gastaldon et al. (2022). “Risk factors of postpartum depression and depressive symptoms: umbrella review of current evidence from systematic reviews and meta-analyses of observational studies” Estudio que tuvo por objetivo evaluar la solidez y la credibilidad de evidencia científica sobre los factores asociados a la DPP, clasificándolos según la metodología de revisión global. Para ello los investigadores realizaron búsquedas en bases de datos al 1 de diciembre de 2020, Se incluyeron 185 estudios observacionales, se halló una fuerte asociación entre el síndrome premenstrual y la DPP (altamente sugerente: 2,20, IC del 95 % 1,81-2,68), seguida de experiencias violentas (altamente sugestiva: razón de probabilidades (OR) = 2,07, IC 95% 1,70-2,50) y

embarazo no deseado (altamente sugerente: OR=1,53, IC 95% 1,35-1,75). Después de criterios generales de revisión la asociación fue sugestiva de cesárea con un OR de 1,29 (IC del 95 % 1,17-1,43), diabetes gestacional con un OR de 1,60 (IC del 95 % 1,25-2,06) y polimorfismo 5-HTTPRL (OR = 0,70, IC del 95 % 0,57-0,86); Ninguna asociación se calificó como "prueba convincente". Sin embargo, según GRADE, encuentra poca asociación para cesárea, parto prematuro, polimorfismo 5-HTTLPR y anemia durante el embarazo.

Qi et al. (2021), "Psychosocial risk factors for postpartum depression in Chinese women" desarrollaron un metaanálisis con el fin de evaluar e identificar cuantitativamente los factores asociados al riesgo sociales y psicológicos para el desarrollo de DPP en mujeres chinas. Los autores hicieron una recopilación de estudios en PubMed, Embase, Foreign Medical Literature Retrieval Service, China Science and Technology Journal Database, China National Knowledge Infrastructure y China Biology. Se incluyeron 51 estudios para este análisis: encontrando que depresión prenatal (OR 7,70; IC 95 % 6,02–9,83) y la ansiedad prenatal (OR 7,07; IC 95 % 4,12–12,13) fueron los principales factores de riesgo asociados a DPP. Como factores de riesgo moderado determinaron una mala base económica (OR 3,67; IC 95% 3,07–4,37) y una mala relación entre marido y mujer (OR 3,56; IC 95% 2,95–4,28). Los factores de riesgo menores fueron una mala relación entre suegra y nuera (OR 2,89; IC 95 % 2,12–3,95), falta de apoyo social (con un OR 2,57; IC 95 % 2,32–2,85), embarazo no planeado o planificado con un OR de 2,55 (IC 95% 2,08–3,14), y malas condiciones de vida con un OR de 2,44 (IC 95% 1,92–3,10). Los autores concluyen que los factores principales asociados al riesgo para DPP son depresión y ansiedad durante el embarazo, una mala base económica, una mala relación de pareja, una mala relación entre suegra y nuera, falta de apoyo social, embarazo no planificado, la suegra como cuidadora y

malas condiciones de vida. Estos factores de riesgo psicosocial son significativos para identificar a las madres "en riesgo" durante el embarazo incluso antes. (Qi et al., 2021)

Nayak et al. (2021). "Postpartum depression and its risk factors in women with a potentially life-threatening complication". En este estudio se evaluó la incidencia, así como la prevalencia de la DPP y los factores de riesgo en mujeres con complicaciones potencialmente mortales en un hospital terciario al sur de la India. Dentro de los siete días postparto 890 mujeres fueron sometidas a evaluaciones y a un seguimiento de salud mental durante 3 meses utilizando la escala EPDS y PHQ-9. Se realizaron análisis bi y multivariado para evaluar la asociación de las variables de riesgo con la depresión postparto. Se obtuvo como resultados que la DPP estuvo presente en el 21% de la cohorte del estudio y que las púérperas sin educación formal (OR -2.66, IC 95%: 1.10-6.40) y aquellas que tuvieron un mortinato (OR 2.48, IC 95%: 1.57-3.93) se asociaron con DPP. La conclusión de este estudio fue que las complicaciones obstétricas no aumentaron el riesgo de DPP y que una de cada cinco mujeres que desarrollan complicaciones potencialmente mortales desarrolló DPP.

Hutchens y Kearney (2020) "Factores de riesgo para la depresión posparto: una revisión general" Para este estudio tipo meta-análisis los autores realizaron búsquedas en las diferentes bases de datos de PubMed, CINAHL, MEDLINE, PsycINFO, Embase, SCOPUS, PsycEXTRA y Cochrane; el estudio incluyó revisiones que examinaban uno o más factores de riesgo de DPP que fueron publicados entre 1996 y 2016. La muestra final incluyó 21 artículos de los cuales surgieron 25 factores de riesgo estadísticamente significativos con 2 factores de riesgo adicionales que presentaron hallazgos no concluyentes. La conclusión obtenida fue que los 2 factores de riesgo más fuertes para el desarrollo de DPP fueron la depresión durante el embarazo y el abuso actual; mientras que los factores de riesgo más frecuentes fueron el alto nivel de estrés, la falta de apoyo

económico-social, y la insatisfacción marital o de pareja. La comprensión de la forma de asociación entre las variables estudiadas sirve para mejorar las condiciones materno-infantiles ya que permiten a los proveedores de atención médica anticipen mejor las necesidades de las mujeres afectadas.

Jiménez et al. (2020) “Factores asociados a depresión posnatal en puérperas de Antioquia, según escala de Edimburgo, año 2020” Estimar la prevalencia y los factores de riesgo de la depresión posparto fue el principal objetivo de esta investigación, en dos hospitales en Antioquia en Colombia, la metodología fue descriptiva, con un corte transversal; se analizó una muestra conformada por 203 puérperas de dos hospitales en Colombia, cuyos partos fueron en los años 2017 y 2018, se aplicó la escala de Edimburgo como instrumento y los resultados mostraron que el 45,1% de las estudiadas vivían en zona rural, tuvieron como instrucción educativa bachiller el 64,5%, así mismo el 20,27% presentó puntajes mayor a diez como indicador probable de depresión posparto y el 23,2% de las estudiadas manifestó antecedente de depresión y el 26,7% familiares con depresión. Llegaron a la conclusión luego de asociar las variables fue que los trastornos psicológicos personales y familiares de depresión estuvieron fuertemente asociados al desarrollo de la DPP.

Nakano et al. (2020). “Early risk factors for postpartum depression: A longitudinal Japanese population-based study”, estudio que tuvo como objetivo determinar cuáles son los factores de riesgo tempranos para la DPP con un seguimiento de hasta tres meses después del parto en la población de Japón. Para ello la metodología utilizada fue de tipo longitudinal en toda la población de la ciudad de Hekinan, prefectura de Aichi, Japón, desde julio de 2013 hasta junio de 2015, se aplicó la EPDS a 1050 madres en cuatro diferentes momentos: primer trimestre del embarazo, inmediatamente después del parto y luego al mes y tres meses posparto. Los resultados fueron que

el 8,9% tuvieron una vez síntomas de DPP por encima del punto de corte ($EPDS \geq 9$) dentro de los 3 meses posparto, de estas mismas puérperas el 29% tuvo síntomas depresivos en los 2 primeros tiempos de estudio, la prevalencia de depresión posparto al mes posparto fue 6.3%. Los factores de riesgo asociados con DPP en el análisis multivariado fueron sentimientos negativos sobre el embarazo con un OR de 2,07 (IC = 1,28–3,36), madre primípara con un OR de 2,01 (IC = 1,21–3,35), edad materna < de 24 años con un OR de 2,43 (IC = 1,37–4,30), enfermedad mental previo a embarazo con un OR de 4,84 (IC = 2,09–11,19), lactancia mixta (OR = 1,80, IC del 95 % = 1,01–3,05) y falta de apoyo social (OR = 4,93, IC 95% = 1,54–15,74). Con estos factores de riesgo identificados se debe realizar una intervención para prevenir la DPP. (Nakano et al., 2020)

Herrera et al. (2022) “Factores de riesgo relacionados con la depresión posparto” Los investigadores buscaron los factores de riesgo más trascendentales en la producción de DPP en Ecuador. Para ello realizaron búsquedas bibliográficas científicas en las diferentes fuentes de datos como es en Medline, scieLO, DeCS y MesH, se contó con 27 artículos a los cuales se le aplicó los criterios de inclusión y exclusión quedando en total solo 16 artículos para su análisis, desde enero del año 2012 hasta junio del año 2022. Se concluyó que los factores de riesgo encontrados fueron el bajo nivel de instrucción, embarazo no deseado, antecedentes abortos u óbito fetal, multiparidad y bajo nivel socioeconómico y los factores de riesgo de mayor trascendencia fueron el estado civil soltera, nivel socio –económico bajo, y antecedentes de depresión. (Herrera et al., 2022)

Fernández-Moll et al. (2023) “Factores asociados con la depresión posparto en un área urbana de Brasil” Se tuvo por objetivo determinar si las variables sociodemográficas con el desarrollo de DPP tenían asociación mediante la prueba de chi-cuadrado, para ello se aplicó un cuestionario sociodemográfico y la EDPE a 123 mujeres que se encontraban entre la segunda semana y el sexto mes posparto. como hallazgo se tuvo una prevalencia de DPP del 19,51%, y

esta condición se asoció con la variable edad materna (36 a 44 años), variable edad del bebé (4 o 6 meses), el divorcio como estado civil, baja renta familiar, sin embargo, no encontraron asociación con la escolarización materna y la DPP.

Abebe et al. (2019): “Postpartum depression and associated factors among mothers in Bahir Dar Town, Northwest Ethiopia”, llevaron a cabo un estudio de tipo observacional, analítico con corte transversal para evaluar la prevalencia y la asociación de la DPP con los factores socio-demográficos, psicológicos, patológicos y obstétricos en mujeres que se encontraban en su 6to mes postparto en los centros de salud de la ciudad de Bahir en Etiopía desde mayo hasta junio del 2018, el instrumento que utilizaron fue un cuestionario que incluye la escala de apoyo social de Oslo, el instrumento de Detección de Eventos de Vida Estresante (SLESQ) y la EPDS, las cuales se aplicaron a una muestra de 511 puérperas. Los resultados fueron prevalencia de DPP de un 22.1%, un OR de 4,4 (IC: 2,64, 7,54) reveló que las madres que experimentaron acontecimientos estresantes tenían 4,4 veces más probabilidades de experimentar síntomas de DPP que las madres que no los experimentaron, las madres que no tenían autonomía para tomar decisiones en el hogar eran más propensas a presentar síntomas de DPP en 4,2 veces (IC del 95%: 2,54; 7,14) más riesgo que las que sí la tenían, el embarazo no deseado tenía 1,9 veces mayor (IC 95%: 1,02; 3,41) riesgo de DPP (Abebe et al., 2019).

Azami et al. (2019). “The association between diabetes and postpartum depression: A systematic review and meta-analysis” Este estudio se basó en una revisión y búsqueda sistemática de artículos epidemiológicos relevantes en Scopus, PubMed, Science Direct, Embase, Web of Science, CINAHL, Librería Cochrane, EBSCO y el motor de búsqueda académico de Google, con inicio sin límite de tiempo hasta el año 2018. Se buscó la relación entre la diabetes gestacional y pregestacional con la depresión posparto, Los autores tuvieron como resultados que la diabetes se

asoció significativamente con el riesgo de depresión posparto con un RR de 1,59 (IC del 95 %: 1,22-2,07, $p = 0,001$). Se concluye que la diabetes podría ser un factor de riesgo para DPP y por ello recomiendan el tamizaje y pesquisa de depresión posparto en embarazadas y puérperas con diabetes. (Azami et al., 2019).

1.2.2. Nacionales

Mendoza (2022) “Factores asociados a síntomas depresivos en mujeres de 15 a 49 años dentro del primer año postparto. ENDES 2017 – 2019” El autor utilizando datos secundarios de la ENDES desde el 2017 al 2019 realizó un estudio analítico, retrospectivo, observacional, se encontró una prevalencia de 4.3% con síntomas depresivos para los años de estudio; la prevalencia fue de 3,7%; 4,0% y 5,2% para los años 2017, 2018 y 2019 respectivamente. Otro hallazgo fue la asociación entre la presencia de síntomas depresivos con las madres solteras con un RP de 1.97 (IC: 1.110 – 3,514); con un nivel socioeconómico pobre con un RP: 2,19 (IC: 1.003 - 4.793); si alguna vez fue empujada o sacudida por su pareja con un RP: 2.19 (IC: 1.411 - 3.406) y si alguna vez su pareja la lastimó físicamente con un RP: 2.27 (IC: 1.428 - 3.605). El autor concluye en este estudio que los factores de riesgo asociados con sintomatología depresiva en puérperas de 15 a 49 años fueron: soltera como estado civil, el nivel bajo de riqueza, si su pareja alguna vez la empujó o sacudió y si alguna vez fue lastimada físicamente por el mismo.

Rodríguez y Roncal (2023) “Factores de riesgo asociados a depresión posparto en puérperas atendidas en el puesto de salud Malvinas y centro de salud Imperial- cañete durante el periodo setiembre-diciembre 2021” Las autoras realizaron un estudio observacional, analítico, de tipo transversal, utilizando como instrumento a la EPDE, este estudio tuvo por objetivo determinar cuáles eran los factores riesgo asociados a DPP en mujeres atendidas en los P.S Malvinas y C.S.

Imperial ambas ubicadas en Cañete en los periodos desde setiembre hasta diciembre del año 2021. Los resultados obtenidos fueron que la prevalencia de DPP estuvo presente en 54.11% de las puérperas estudiadas, los factores protectores para el desarrollo de DPP fueron el apoyo de pareja y apoyo familiar; y los factores de riesgo asociado a la DPP fueron presentar una lactancia materna inadecuada con un RP=1.36 (IC: 0.99-1.85), las malformaciones congénitas en el bebe con un RP=1.60 (IC: 1,19-2,14), dificultad para el cuidado de su bebé con un RP=1.53 (IC: 1,02-2,33). Este estudio llegó a la conclusión que la DPP tiene como factores de riesgo más trascendentales el tener bebe con malformación congénita, la dificultad para el cuidado de su bebé, nacimiento del bebe por cesárea y lactancia materna inadecuada.

Villanueva (2022) “Factores asociados al riesgo de depresión postparto valorada por la Escala de Depresión Postnatal de Edimburgo en puérperas adultas atendidas por tele consulta en el Instituto Nacional Materno Perinatal (INMPN) en el año 2020” El autor investigó los factores de riesgo asociados al desarrollo de la depresión postparto en puérperas adultas atendidas por teleconsulta en el INMP en el año 2020. Fue un estudio de tipo observacional, analítico de corte transversal. Conto con una muestra de 184 puérperas entre 17 años y 37 años de edad, a las cuales se le aplico el instrumento de la EDPE para identificar la depresión postparto. En los resultados se obtuvo que el 29,9% de mujeres presentaban riesgo de DPP y también de halló una asociación estadísticamente significativa para dos factores de riesgo como es la violencia familiar con un OR de 3,4 (p valor = 0,026; IC: 1,1-10,5) y el antecedente personal de depresión posparto con un OR de 3,7 (p valor = 0,005; IC: 1,4-9,4). Por lo cual este estudio tiene como conclusiones que la violencia familiar y el antecedente de depresión posparto son factores de riesgo asociados al desarrollo de DPP.

Juárez (2022) “Factores asociados a depresión posparto en puérperas inmediatas atendidas en el hospital de apoyo II-2 Sullana, durante los meses de febrero- marzo de 2022” Estudio que buscó determinar cuáles eran los factores sociodemográficos, gineco obstétricos, neonatales asociados a DPP en las puérperas inmediatas, así como los antecedentes personales de depresión. Para ello la investigadora realizó un estudio de tipo casos y controles durante 30 días en el hospital de apoyo II-2 de Sullana. Se utilizó como instrumento a la EDPE con puntaje $>$ a 10. En resultados se obtuvo como factores de riesgo a la edad materna $<$ de 20 años con un OR de 1.34 (IC=1.11-1.52; $p=0.004$), al nivel de instrucción solo primaria con un OR de 1.76 (IC=1.06-2.91; $p=0.028$), al estado civil soltera con un OR de 2.16 (IC=1.37-3.43; $p=0.001$), a la disfunción familiar moderada con un OR de 2.48 (IC=1.67-3.69; $p<0.001$) y el tener como antecedentes personal a la depresión con un OR de 1.70 (IC=1.19-2.45; $p=0.004$).

Rojas (2021) “Factores asociados a la depresión postparto en mujeres primíparas de 15 a 40 años de edad en el Perú según ENDES 2019” En este estudio el objetivo fue buscar e identificar los factores asociados a la DPP en mujeres primíparas de 15 a 40 años de edad con la base de datos de la ENDES del año 2019, la metodología de estudio fue de tipo observacional, analítico, con corte transversal y retrospectivo. La muestra, conformada por 1782 primíparas de 15 a 40 años de edad, se caracterizó por ser bietápica, probabilística de tipo equilibrado, estratificada e independiente, a nivel nacional. Los resultados mostraron una prevalencia de DPP de 4,6% en las primíparas. Las variables estadísticamente significativas fueron el estado civil sin pareja con p valor = 0.000, aborto previo con p valor = 0.000, complicaciones postparto con p valor = 0.002 y la violencia física sufrida en el embarazo con p valor = 0.019. por ello la autora llegó a la conclusión que según datos de la Encuesta Demográfica y de Salud Familiar 2019, existen una serie de factores que se relacionan significativamente con la depresión posparto en mujeres

primíparas entre 15 y 40 años en el Perú, entre ellos se encuentra el estado civil, antecedentes de aborto, complicaciones posparto y el maltrato físico por parte de su pareja durante el embarazo.

Pizarro (2020) “Factores asociados a la depresión Postparto: análisis secundario de la encuesta demográfica y de salud familiar del 2018” El objetivo de este estudio fue identificar los factores asociados a la DPP, se contó con una muestra de 2882 mujeres de 15 a 49 años de edad dentro del año post parto, bajo una investigación observacional, de tipo analítico, retrospectivo y con corte transversal, secundario a la ENDES del año 2018, a la cual se le realiza análisis bi y multivariado. Dentro de los resultados se determinó que la prevalencia de DPP fue de 3.12% siendo Huancavelica el departamento con mayor porcentaje con un 11.04% de mujeres que sufren de DPP, las variables asociadas significativamente fueron el tipo de residencia rural con un OR ajustado de 1.765 (IC: 1.025-3.040) y situación civil de soltera con un OR ajustado de 1.838 (IC: 1.027-3.287). Por lo cual este estudio concluye que el tipo de residencia rural y el estado civil de soltera se asociaron significativamente al riesgo de padecer de DPP.

Valdivia (2020) “Factores asociados a la depresión post parto en puérperas atendidas en el hospital Iquitos 2020” este estudio tuvo como objetivos identificar los factores de riesgo asociados a la presencia de DPP, la metodología utilizada fue de tipo observacional, analítico y a través del tiempo longitudinal con una muestra de 250 mujeres, a las cuales se le aplicó dos instrumentos que consiste en una entrevista y la EDPE. Las variables en estudio se analizaron mediante la prueba del Chi cuadrado. Los resultados fueron que a las 24 horas después del parto el 39 % de las mujeres presentaron DPP y que a los siete días el 42 % de mujeres presentaron DPP y dentro de los factores obstétricos asociados fueron el tener > a 2 embarazos, aborto previo y ser pacientes no controladas; dentro de los factores psicológicos asociados fueron dificultad para concentrarse, haber tenido embarazo no planificado y tener falta de apoyo emocional de la pareja; y los factores sociales

asociados fueron edad < 18 años o > 35 años, tener solo estudios de primaria, ser ama de casa, no contar económicamente con los familiares y con la pareja. Se concluye que las variables en mención presentan una asociación estadísticamente significativa con la DPP con un $p < 0.05$.

Masías y Arias, (2018) “Prevalencia de la depresión post parto en Arequipa, Perú” Los objetivos de este estudio descriptivo fueron conocer la frecuencia de la depresión posparto entre las madres primerizas de Arequipa. Se utilizó como instrumento a la EDPE para evaluar a un total de 113 mamás de un puesto de salud (P.S.) del barrio Alto Selva Alegre de Arequipa. Según los hallazgos, aproximadamente el 41% de las mamás no corre el riesgo de desarrollar DPP, el 14% se encuentra en riesgo de presentar DPP y el 45% presenta signos de DPP, Adicionalmente, se encuentra que los síntomas de depresión postparto están presentes en el 45% de las puérperas evaluadas, así mismo se encontró que existen asociaciones negativas entre la variable DPP y el nivel educativo.

1.3. Objetivos

1.3.1. Objetivo general

- Determinar cuáles son los factores asociados a sintomatología de depresión postparto en puérperas de edad fértil en Perú: subanálisis de la ENDES 2021

1.3.2. Objetivos específicos

- Determinar cuáles son los factores sociodemográficos asociados a sintomatología de depresión postparto en puérperas de edad fértil en Perú: subanálisis de la ENDES 2021
- Determinar cuáles son los factores obstétricos asociados a sintomatología de depresión postparto en puérperas de edad fértil en Perú: subanálisis de la ENDES 2021
- Determinar cuáles son los factores patológicos asociados a sintomatología de depresión postparto en puérperas de edad fértil en Perú: subanálisis de la ENDES 2021
- Determinar si existe acceso a salud mental por sintomatología de depresión postparto en puérperas de edad fértil en Perú: subanálisis de la ENDES 2021

1.4. Justificación

De acuerdo al Ministerio de salud de nuestro país dentro de las enfermedades mentales se encuentra la depresión con cifras alarmantes, ya que desde el año 2022 al 2023 se han incrementado en un 19.21% (MINSa, 2023) y a pesar de ello no se ha realizado ningún tipo de intervención para abordar este problema, sabiendo que esta afección en mujeres se presenta el doble a diferencia de los varones. (GHDx, 2023).

En las mujeres los eventos más importantes que producen cambios psicológicos ocurren durante el embarazo, durante el parto y el puerperio, estos cambios pueden producir depresión influyendo de forma directa sobre la madre e indirectamente sobre el recién nacido, las madres

pueden llegar a desarrollar pensamientos con ideación suicida y en el bebe repercute negativamente en su ganancia de peso y talla, y alteración de su patrón de sueño, problemas en la lactancia, lactancia discontinuada. (Guintivano et al., 2018)

Actualmente se cuenta con bastante literatura internacional y nacional que aporta gran evidencia sobre la frecuencia y la alta tasa de depresión posparto y es por ello que la DPP es considerada un problema de salud pública, especialmente en países expuestos a cambios socio ambientales y económicos, así como nuestro país que es emergente y en vías de desarrollo, ya que es más frecuente y hay menos medidas preventivas para la detección precoz.

Pese a todo lo expuesto, actualmente en nuestro país no existen tamizajes de rutina en los consultorios de postas u hospitales en el área de gineco obstetricia para las puérperas después de tener un recién nacido, por lo cual estas mujeres que padecen de depresión posparto no pueden ser detectadas ni diagnosticadas y mucho menos tratadas, por ello es importante conocer y determinar cuáles son los factores asociados que conllevan al riesgo de padecer sintomatología depresiva en el postparto en mujeres de edad fértil en Perú, y determinar si aquellas mujeres que padecen de depresión posparto tienen o no acceso a los consultorios de salud mental, este estudio brindará importantes aportes sobre el tema expuesto y con ello poder conocer la prevalencia y actualizarlos analizando las ENDES del año 2021.

1.5. Hipótesis de la investigación

1.5.1. Hipótesis general

- Existen factores asociados a sintomatología de depresión postparto en mujeres puérperas de edad fértil en el Perú: subanálisis de la ENDES 2021.

1.5.2. Hipótesis específicas

- Los factores sociodemográficos están asociadas a sintomatología de depresión posparto en puérperas de edad fértil en Perú según subanálisis de la ENDES 2021.
- Los factores obstétricos están asociadas a sintomatología de depresión posparto en puérperas de edad fértil en Perú según subanálisis de la ENDES 2021.
- Los factores patológicos están asociadas a sintomatología de depresión posparto en puérperas de edad fértil en Perú según subanálisis de la ENDES 2021.
- No existe acceso a salud mental por sintomatología de depresión postparto en puérperas de edad fértil en Perú: subanálisis de la ENDES 2021

II. MARCO TEÓRICO

2.1. Bases teóricas

2.1.1. *Depresión posparto*

2.1.1.1. Definición. La depresión posparto es un trastorno psicológico emocional que se manifiesta con la presencia de síntomas depresivos en mujeres después del parto. La OPS considera a la depresión posparto como “un trastorno mental afectivo severo”. (Caparros-Gonzales et al., 2018) En el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM-V) definen a la DPP como un trastorno psiquiátrico depresivo mayor, QUE ocurre cuando los síntomas se observan desde la etapa perinatal (Asociación Americana de Psiquiatría, 2014), lo cual implica que puede iniciar durante la gestación o durante el puerperio, dentro de las cuatro semanas después del parto. A diferencia del baby blues, la depresión postparto es más intensa y persistente en el tiempo, y debido a ello puede perjudicar considerablemente la facultad de la madre púerpera para cuidar tanto de sí misma como de su hijo.

2.1.1.2. Epidemiología. Según los países examinados, la prevalencia de la depresión postparto varía, y parece ser mayor en las naciones en vías de desarrollo., a nivel mundial la prevalencia de DPP se encuentra entre el 10 y 20%. (Liu et al., 2022) Las púerperas en los Estados Unidos sufren de DPP de 11,7 % a 20,4 % a diferencia de las mujeres de Sudamérica que el porcentaje aumenta a 20,7% En Europa las púerperas sufren de menos DPP ya que en ellas va desde 6,1 a 16,8 % aproximadamente, así como en España que oscila entre un 6 a un 8%. (Marcos et al., 2017) y en África es de 13,2 %. (Fernández y Iturriza, 2014).

En un estudio realizado por Mendoza a nivel nacional “la prevalencia fue de 3,7%; 4,0% y 5,2% para los años 2017, 2018 y 2019 respectivamente” (Mendoza, 2022).

2.1.1.3. Etiología. La patogenia de la DPP aún es desconocida, sin embargo existen varias teorías explicativas que han sugerido que los factores estresantes genéticos (alteraciones en los neurotransmisores maternos), hormonales (disminución de los niveles estrogénicos, disfunción del eje hipotalámico, disfunción de la tiroides), factores psicológicos y factores sociales desempeñan un importante papel en el desarrollo de la DPP, de acuerdo a las teorías la causa es muy variada, se trata de una etiología multifactorial; En la actualidad, sin embargo, esto no excluye un diagnóstico de la misma o incluso un tratamiento adecuado.. Más adelante se detalla los posibles factores que contribuyen en desencadenar la DPP.

2.1.1.4 Factores asociados a sintomatología de depresión.

A. Factores sociales y demográficos. Las variables sociodemográficas de riesgo, entre las que destacan la edad, la raza o etnia y la posición económica, son las más accesibles para el examen de grandes poblaciones.

- **Edad:** Gran parte de la literatura analiza y determina a la edad como una variable de riesgo asociada a la depresión posparto y lo hace en términos muy generales. (Choi et al., 2012) las puérperas adultas presentan más estabilidad para afrontar los cambios de la gestación a diferencia de las adolescentes. (Suárez-de-León, 2020) sin embargo existen estudios asociando el riesgo de DPP con la edad menor a los ~24 años (Lara et al., 2015), siendo mínima entre los 24 y los 35 años (Guintivano et al., 2018) e incrementado de los 35 años para adelante (Guintivano et al., 2018).
- **Estado civil:** En esta variable se valoran el estado civil de casado, conviviente y soltera, esta última abarca si la mujer queda soltera a causa de viudez, por divorcio o porque no viven juntos, estudios revelan que “la falta de apoyo por parte de la pareja genera dificultad

emocional en la etapa postparto considerándose como un factor de riesgo para depresión postparto” (Suárez-de-León, 2020).

- **Nivel educativo:** se le atribuye al nivel educativo alcanzado por la mujer puérpera, esta variable es considerada de riesgo para el desarrollo de DPP, ya que existe mayor asociación con el menor nivel educativo. (Suárez-de-León, 2020)
- **Índice de riqueza:** esta variable mide el nivel económico de las puérperas, estudios revelan que las desempleadas o las que buscan empleo después del parto tienen más riesgo a presentar depresión, ya que la falta de apoyo económico para su familia les genera preocupación, estrés y tristeza. (Suárez-de-León, 2020)
- **Lugar de residencia:** hace referencia a la morada de las mujeres, donde viven puede ser urbano o rural, esta variable está muy asociada al índice de riqueza.

B. Factores obstétricos.

- **Embarazo no deseado:** Se le define como el embarazo accidental, el cual no fue planeado o no deseado, en un estudio de tipo meta-análisis realizado en mujeres chinas se estudió esta variable considerando al embarazo no deseado como una variable de riesgo para presentar DPP. (Qi et al., 2021)
- **Parto por cesárea:** Se define como la expulsión del feto por vía abdominal. Considerándose a las cesáreas no programadas como una variable de riesgo el desarrollo de depresión posparto (Suárez-de-León, 2020). En un estudio realizado en Trujillo en el año 2019 se llegó a la conclusión de que el parto por cesárea es un factor asociado al desarrollo de DPP ya que se tiene 3,1 veces más probabilidad de presentar DPP en comparación con mujeres sin cesáreas previas. (Sanchez, 2019)

- ***Parto pretérmino:*** Se define como el parto que se produce antes de las 37 semanas de gestación, la depresión preexistente puede desencadenar un parto prematuro al no ser tratada durante el embarazo. El parto prematuro también puede influir sobre la depresión postparto, hallándose asociación con un riesgo elevado. (Guintivano et al., 2018)

C. Factores patológicos.

- ***Diabetes:*** Los resultados de un metaanálisis mostraron que la diabetes aumentó significativamente el riesgo de depresión post parto con un riesgo relativo de 1,59 veces más a quien la padezca (IC del 95 %: 1,22-2,07, $p = 0,001$), por ende, la importancia del tamizaje de salud mental en embarazadas con diabetes parece ser necesario. (Azami et al., 2019).
- ***Depresión prexistente:*** Los estudios consultados muestran repetidamente la asociación de exposiciones a eventos adversos de la vida fueron predictores significativos de depresión posparto (Guintivano et al., 2018), ansiedad (Turkcapar et al., 2015), así mismo existe una gran cantidad de bibliografía sobre la asociación entre los antecedentes de trastorno depresivo mayor y el riesgo a desarrollar depresión post parto. (Caparros-Gonzales et al., 2018) (Guintivano et al., 2018) (Hutchens y Kearney, 2020).

2.1.1.5. Fisiopatología. La fisiopatología de la DPP presenta una etiología multifactorial, de sistemas biológicos y endocrinos. La fisiopatología endocrina explica cómo las hormonas y su desregulación pueden conllevar a la DPP (Meltzer-Brody, 2011). La literatura respalda que los cambios hormonales reproductivos estimulan la desregulación de estas hormonas en mujeres sensibles, sobre todo durante el embarazo y el posparto (Hantsoo, 2020).

El eje hipotálamo-pituitario-suprarrenal (HPA) regula la secreción de cortisol en traumatismos y estrés, y si la función del eje es anormal, entonces la respuesta disminuye la liberación de catecolaminas, lo que conduce a una respuesta deficiente al estrés. En la transición del embarazo al puerperio se producen cambios rápidos en las hormonas reproductivas como el estradiol y la progesterona lo cual puede ser un factor estresante en las mujeres durante el posparto, y estos cambios pueden provocar la aparición de síntomas depresivos. La oxitocina y la prolactina regulan el reflejo de bajada de la leche, así como la síntesis y se les relaciona en la producción de depresión posparto. Las teorías mencionan que los niveles bajos de oxitocina se observan particularmente en mujeres con depresión posparto y en el destete temprano no deseado. Durante el tercer trimestre, los niveles más bajos de oxitocina se asocian con un aumento de los síntomas depresivos durante el embarazo y después del parto. (Mughal et al., 2023)

2.1.1.5. Manifestaciones clínicas. Los síntomas entre la depresión posparto y la tristeza posparto “baby blues” son similares, con la diferencia que la primera es más intensa y duran más en el tiempo, estos síntomas podrían interferir con la capacidad de cuidar a tu bebé, realizar otras tareas diarias y cuidarse a sí misma (Mayo, 2022).

Los síntomas de la depresión posparto pueden incluir lo siguiente:

- Estado de ánimo depresivo o cambios graves de humor
- Llorar demasiado

- Dificultad para establecer un vínculo con tu bebé
- Alejarte de tus familiares y tus amigos
- Perder el apetito o comer mucho más de lo habitual
- Incapacidad para dormir (insomnio) o dormir demasiado
- Terrible fatiga o falta de energía
- Menor interés y entusiasmo por las actividades que solías disfrutar
- Intensa irritabilidad e ira
- Miedo de no ser una buena madre
- Desesperanza
- Sentimientos de inutilidad, vergüenza, culpa o ineptitud
- Menos capacidad para pensar con claridad, concentrarte o tomar decisiones
- Desasosiego
- Intensa ansiedad y ataques de pánico
- Pensamientos sobre lastimarte a ti misma o a tu bebé
- Pensamientos recurrentes de muerte o suicidio

2.1.1.5. Diagnóstico. Las entrevistas clínicas realizadas por los especialistas de salud mental son necesarias e importantes para diagnosticar correctamente un estado depresivo. Sin embargo, estas entrevistas pueden llevar mucho tiempo y quizá no sean adecuadas para contextos no clínicos. Por ello se puede realizar un cribado y seguimiento de grandes poblaciones mediante cuestionarios sencillos.

Para el diagnóstico de la depresión posparto se cuenta con varios instrumentos que han sido validados a lo largo del tiempo, sin embargo, no existe un gold standard para la detección de DPP.

Las herramientas de detección son *Patient health questionnaire de 9* (PHQ-9); Escala de Cribado de Depresión Postparto; Inventario de Depresión de Beck; la Escala de Depresión del Centro de Estudios Epidemiológicos; la Escala Auto evaluativa de Depresión de Zung y la escala de Depresión Postnatal de Edimburgo, esta última es la más utilizada y difundida en la actualidad; sin embargo para este estudio se está utilizando el *Patient health questionnaire de 9* (PHQ-9), cuestionario que ya viene incorporado en la sección 7 de salud mental de la encuesta demográfica de salud familiar.

El *Patient health questionnaire de 9* (PHQ-9) es un instrumento de autoevaluación muy utilizado a nivel internacional de muy fácil uso, es una versión condensada de una parte de la Evaluación de Trastornos Mentales en Atención Primaria (PRIME-MD), que se creó para detectar las cinco enfermedades mentales más prevalentes en atención primaria: trastornos alimentarios, alcoholismo, ansiedad, depresión y dependencia del alcohol. (Spitzer, 1999) El PHQ-9 se diseñó para proporcionar un diagnóstico preliminar de la depresión y evaluar la gravedad de los síntomas depresivos. Las guías de práctica clínica abogan por el uso del PHQ-9 para evaluar la gravedad de los síntomas depresivos debido a su sencillez de uso. Sin embargo, el PHQ-9 no se ha utilizado en las recomendaciones de la práctica clínica para determinar la gravedad de los síntomas depresivos, a pesar de que se ha demostrado que es una prueba psicométricamente válida y fiable. (Huarcaya et al., 2020).

Se tienen en cuenta los síntomas de los pacientes de las dos semanas anteriores a la entrevista. La puntuación global del PHQ-9 varía entre un mínimo de 0 y un máximo de 27 puntos. La escala de Likert utilizada para puntuar las respuestas del PHQ-9 va de 0 (nunca) a 1 (algunos

días), 2 (más de la mitad de los días) y 3 (casi todos los días). La gravedad de un síntoma puede dividirse en cuatro grupos: mínima (0-4), leve (5-9), moderada (10-14), de moderada a grave (15-19) y grave (20-27). (Huarcaya et al., 2020)

2.1.2. Definiciones conceptuales

2.1.2.1. Síntomas depresivos. Sentimiento de tristeza o decaimiento que afectan no solos el pensamiento sino también como coordina las actividades diarias como estudiar, trabajar, comer y dormir.

2.1.2.2. Depresión posparto. Trastorno emocional que se caracteriza por la presencia de síntomas depresivos en mujeres después del parto.

2.1.2.3. Edad fértil. Mujeres que tienen edad biológica más o igual a 15 años de edad y menos o igual a 49 años de edad, es decir, que se encuentran en edad fértil.

2.1.2.4. Estado civil. Tipo de relación que presenta la madre con la pareja, pudiendo encontrarse en una relación o no, soltera o Casada.

2.1.2.5. Grado de instrucción. Se define como el grado de estudios alcanzado, lo determina el ultimo grado de estudios académicos, puede ser que no tiene estudios el cual se le denomina analfabeto, con estudios primarios, estudios secundarios o estudios superiores ya sea universitario o técnico.

2.1.2.6. Nivel socioeconómico. Se define como la solvencia económica que percibe la encuestada para el sustento de ella y su familia, ingresos económicos de parte suya, de su pareja o algún familiar, aquí se evalúa de acuerdo a los índices de riqueza muy pobre, pobre, medio, rico y muy rico

2.1.2.7. Planificación de la fecundidad. Respecto al embarazo actual refiere si el embarazo fue planeado, o si lo hubiera deseado para algún tiempo posterior, o definitivamente fue un embarazo no deseado.

2.1.2.8. Parto por cesárea. Nacimiento de un bebé a través de la incisión quirúrgica que se hace en el abdomen y el útero de la madre

2.1.2.9. Parto prematuro. Se define como el parto que se produce antes de las 37 semanas de embarazo.

2.1.2.10. Diabetes. Alteraciones metabólicas que se caracteriza por hiperglucemia, se diagnostica cuando el nivel de glucosa (azúcar) en sangre en ayunas es igual o mayor a 126mg/dl en 2 tomas diferentes

2.1.2.11. Violencia doméstica. Acción violenta por parte de la pareja, este maltrato puede ser de tipo psicológico, físico o sexual.

III. MÉTODO

3.1. Tipo de investigación

Se realizó un estudio de tipo observacional, retrospectivo, de corte transversal y analítico basado en fuente secundaria con la información contenida en la base de datos pública de la ENDES 2021. Esta investigación se encuentra en el nivel descriptivo de la línea de investigación de salud pública.

El estudio tiene un diseño de investigación de tipo observacional por ser una investigación donde no se realizará una intervención que pueda modificar las variables de estudio; es retrospectivo por ser una investigación que analiza datos a partir de los resultados de una encuesta poblacional previa antes de la concepción de este estudio en el año 2021; es transversal por ser un estudio donde se analiza los datos de la ENDES 2021 en un solo tiempo; y analítico pues se determinó si hay asociación entre las variables y la depresión postparto.

3.2. Ámbito temporal y espacial

3.2.2. *Ámbito temporal*

La investigación se desarrolla en el año 2023 con la base de datos de la Encuesta Demográfica y de Salud Familiar que se llevó a cabo en los meses de enero a diciembre en el año 2021, periodo en el que el país se encontraba plena pandemia de COVID-19 en su segunda ola.

3.2.1. *Ámbito espacial*

El presente estudio se desarrolla con la base de datos de la Encuesta Demográfica y de Salud Familiar que se desarrolló en todo el del territorio peruano a nivel nacional,

3.3. Variables

3.3.1. *Variable dependiente*

1. Sintomatología depresiva posparto

3.3.2. Variables independientes

- Edad
- Lugar de residencia
- Estado civil
- Nivel educativo
- Índice de riqueza
- Embarazo no deseado
- Parto por cesárea
- Tratamiento previo de depresión
- Diabetes
- Violencia domestica

3.4. Población y muestra

3.4.1. Población

La población objetiva está constituida por todas las mujeres peruanas residentes en el país en el año 2021 con edades mayores o igual a los 15 años a menores o igual 49 años, que se encuentran dentro del primer año posterior al parto en todo el territorio peruano en el periodo de enero a diciembre del año 2021.

3.4.2. Muestra

3.4.2.1. Tamaño muestral. A la población total de mujeres en edad fértil se le aplico los criterios de inclusión y exclusión, restándole 1 468 mujeres que no respondieron los ítems de todas las variables de estudio de esta investigación, así mismo se le resto 39 878 mujeres que se encontraban mayor a un año en etapa posparto, quedando una muestra constituida por 4 867 mujeres con edades no menor de 15 años y mayor a los 49 años de edad del Perú registradas en la

ENDES 2021, encuesta que fue realizada por el Instituto Nacional de Estadística e Informática. Las bases de datos se encuentran disponibles en la sección “Microdatos” del sitio web del Instituto Nacional de Estadística e Informática del Perú (INEI).

3.4.2.2. Tipo de muestreo. La Encuesta Demográfica y de Salud Familiar (ENDES) nos dio una muestra fue del tipo bietápica, probabilística, por muestreo equilibrado, mediante el método del cubo, estratificada e independiente.

3.4.2.3. Criterios de inclusión.

- Mujeres peruanas que se encuentren residiendo en el territorio peruano durante el año 2021.
- Mujeres de edad mayor o igual a 15 años y menor o igual a 49 años en el Perú del año 2021.
- Mujeres que participaron en la Encuesta demográfica y de Salud Familiar del 2021.
- Mujeres que respondieron los ítems de todas las variables en estudio de esta investigación.
- Mujeres que tengan menos o igual a un año en etapa post parto.

3.4.2.4. Criterios de exclusión.

- Mujeres con edad menores a 15 años y mayores a 49 años en Perú del año 2021.
- Mujeres que no participaron en la Encuesta demográfica y de Salud Familiar del 2019.
- Mujeres que no respondieron los ítems de todas las variables en estudio de esta investigación.
- Mujeres que tengan mayor a un año en etapa post parto.
- Extranjeros que se encuentren residiendo en el territorio peruano

3.5. Instrumentos

Los datos procederán de las repuestas de los participantes que se puedan recolectar a través del cuestionario de la ENDES. datos que se obtuvieron al acceder al portal web <https://www.inei.gov.pe> del Instituto Nacional de Estadística e Informática (INEI) con disponibilidad al público en general, se debe ingresar a la sección de “consultas por encuestas”, luego ingresar a la sección de “microdatos” y los archivos necesarios para la realización del estudio relacionados con la ENDES 2021. Se seleccionaron las variables pertinentes y, a continuación, se combinaron las bases de datos de cada variable para crear una única base de datos que se utilizó para el análisis y la obtención de los resultados del presente estudio.

3.6. Procedimientos

- En primer que se realizó es sobre los microdatos que se descargaron de la página del INEI <https://www.datosabiertos.gob.pe/dataset/encuesta-demogr%C3%A1fica-y-de-salud-familiar-endes-2021-instituto-nacional-de-estad%C3%ADstica-e-4>.
- Segundo procedimiento se basa en descargar el módulo de Embarazo, parto, puerperio así como el módulo de Hogar.
- En los módulos, la elección de cada variable de investigación se hizo consultando los diccionarios de variables, que dan el nombre de la variable, su definición y la clasificación establecida por el INEI.
- Una vez clasificada se hace la codificación de cada variable, la limpieza y exploración valiéndonos del Stata.

3.7. Análisis de datos

- Declaración de diseño muestral complejo

- Análisis descriptivo
- Análisis bivariado
- Análisis multivariado: Para el análisis multivariado de las variables para los factores asociados se utilizó la Odds Ratio (OR) con su respectivo intervalo de confianza (IC).

3.8. Consideraciones éticas

La Encuesta Demográfica y de Salud Familiar 2021 (ENDES) proporcionó los datos secundarios para el presente estudio, que es un subanálisis de esos datos. Para garantizar el secreto estadístico y la confidencialidad de los datos, los entrevistadores obtuvieron el consentimiento informado de cada participante durante la encuesta, y dicho consentimiento se registró en una base de códigos. La información está a disposición del público en general, por lo que no se requirieron más permisos.

Autonomía: Los participantes de las encuestas responden las preguntas con plena voluntad sin ser coaccionados de alguna forma o medio económico.

No maleficencia: la información personal se encuentra codificada para evitar la filtración de datos personales de los encuestados que los pueda afectar, respeta la confidencialidad de cada participante ya que no se le puede identificar a las personas por los datos obtenidos, guardando la privacidad de los mismos.

Justicia: las encuestas se realizan en todos los estratos a todo nivel nacional sin distinguir aspecto económico, raza, ciencia, o credo, siendo realizada a todas las mujeres por igual.

IV. RESULTADOS

En este estudio se analizaron a las mujeres puérperas en edad fértil, comprendidas desde los 15 hasta 49 años, que se encontraban en el periodo posparto no mayor a un año y que cumplieron con responder todas las preguntas de la encuesta. Mediante la aplicación de criterios de exclusión, se eliminaron a 39 878 mujeres que no estaban dentro del periodo igual o menor a un año posterior al parto. Asimismo, se excluyeron a 1 468 mujeres que no respondieron todas las preguntas de la ENDES 2021, quedando así con una muestra final de 4 687 mujeres.

Análisis descriptivo

La **Tabla 1** muestra la prevalencia de sintomatología depresiva en mujeres dentro del primer año posparto el cual es de 5.6 % (IC 95%: 4,8 – 6,5) para el año 2021.

Tabla 1

Mujeres con posparto reciente (n = 4 867)

Sintomatología depresiva	n	%	IC 95 %
No	4 628	94.39	93.45-95.20
Sí	239	5.61	4.80-6.54

Nota. IC: Intervalo de confianza.

La **Tabla 2** muestra las características esenciales de 4 867 mujeres en el período posparto. La edad se distribuye en tres rangos: 34.51% (15-26 años), 31.81% (27-32 años) y 33.68% (33-48 años). La residencia es predominantemente urbana (74.14%), con un 25.86% en zonas rurales.

En cuanto al estado civil, la mayoría son convivientes (70.22%), mientras que el 20.08% está casada y el 9.69% restante se encuentra soltera, viuda o divorciada. El nivel educativo varía: 17.86% hasta primaria, 47.06% secundaria, y 35.08% con estudios superiores.

La evaluación económica revela que el 25.55% de las mujeres está en una condición muy pobre y el 24.40% en condición pobre, sumando un 50% en situación de pobreza.

El desenlace del embarazo fue por cesárea en un 36% y el 64% por vía vaginal; el 22.55% de los embarazos fueron no deseados.

Sólo el 2.38% informó de tratamiento previo por depresión, comparado con el 97.62% sin dicho antecedente. La sintomatología depresiva está presente en el 5.61% de las mujeres en estudio, y la diabetes en el 1.73%. Además, se destaca que el 20.84% de las mujeres informó haber experimentado violencia doméstica.

Tabla 2

Características de las mujeres con posparto reciente (n = 4 867)

Variables	n	%	IC 95 %
Edad (años)			
15-26	1 701	34.51	32.71-36.36
27-32	1 559	31.81	30.09-33.58
33-48	1 607	33.68	32.02-35.38
Tipo de lugar de residencia			
Urbano	3 297	74.14	72.84-74.40
Rural	1 570	25.86	24.60-27.16
Estado civil			
Casada	939	20.08	18.58-21.67
Conviviente	3 470	70.22	68.31-72.07

Viuda/Divorciada/No viviendo juntos	458	9.69	8.37-11.19
-------------------------------------	-----	------	------------

Nivel educativo

Hasta primaria	938	17.86	16.56-19.24
----------------	-----	-------	-------------

Secundaria	2 326	47.06	45.15-48.97
------------	-------	-------	-------------

Superior	1 603	35.08	33.30-36.91
----------	-------	-------	-------------

Índice de riqueza

Muy pobre	1 525	25.55	24.13-27.02
-----------	-------	-------	-------------

Pobre	1 328	24.40	22.84-26.04
-------	-------	-------	-------------

Medio	962	20.93	19.15-22.84
-------	-----	-------	-------------

Rico	639	16.33	14.90-17.88
------	-----	-------	-------------

Muy rico	413	12.78	11.38-14.33
----------	-----	-------	-------------

Embarazo no deseado

Entonces	2 290	47.42	45.55-49.31
----------	-------	-------	-------------

Esperar más	1 484	30.02	28.37-31.73
-------------	-------	-------	-------------

No quería más	1 093	22.55	20.80-24.41
---------------	-------	-------	-------------

Parto por cesárea

No	3 240	64.00	62.18-65.78
----	-------	-------	-------------

Sí	1 627	36.00	34.22-37.82
----	-------	-------	-------------

Tratamiento previo por depresión

No	4 741	97.62	97.02-98.11
----	-------	-------	-------------

Sí	126	2.38	1.89-2.97
----	-----	------	-----------

Diabetes

No	4 781	98.27	97.73-98.69
Sí	86	1.73	1.31-2.27
Violencia doméstica			
No	3 788	79.16	77.65-80.59
Sí	1 079	20.84	19.41-22.35
Sintomatología depresiva			
No	4 628	94.39	93.45-95.20
Sí	239	5.61	4.80-6.54

Nota. IC: Intervalo de confianza.

Análisis bivariado

La **Tabla 3** muestra la prevalencia de sintomatología depresiva en mujeres con posparto reciente según diferentes variables. En la variable edad de 15-26 años, la prevalencia fue del 5.81%, 27-32 años fue del 4.75 %, y 33-48 años fue del 6.21 % ($p=0.391$). Entre las residentes urbanas, la prevalencia fue del 6.33 %, y en las rurales fue del 3.55 % ($p=0.001$). La prevalencia varió entre los estados civiles, siendo 3.61 % en casadas, 4.93 % en convivientes y 14.72 % en viudas/divorciadas/no convivientes ($p<0.001$). Según el nivel educativo, la prevalencia fue 4.66 % en quienes tenían hasta educación primaria, 5.95 % en secundaria y 5.65 % en superior ($p=0.556$). Por índice de riqueza, la prevalencia fue 3.54 % en muy pobres, 6.19 % en pobres, 7.01% en medios, 6.96 % en ricos, y 4.63 % en muy ricos ($p=0.042$). La prevalencia en embarazos no deseados fue 4.83 % en deseados, 5.93 % en esperar más y 6.83 % en no quería más ($p=0.219$). La prevalencia en partos por cesárea fue 5.44 % en no y 5.91 % en sí ($p=0.628$). En mujeres sin tratamiento previo por depresión la prevalencia fue 5.26 %, y con tratamiento previo fue 19.93 %

($p < 0.001$). La prevalencia en no diabéticas fue 5.61 % y en diabéticas fue 5.46 % ($p = 0.944$). En mujeres sin violencia doméstica la prevalencia fue 3.92 %, y con violencia doméstica fue 12.03 % ($p < 0.001$).

Tabla 3

Prevalencia de sintomatología depresiva según las características de las mujeres con posparto reciente

Variables	Sintomatología depresiva				p
	No		Sí		
	n	%	n	%	
Edad (años)					
15-26	1 621	94.19	80	5.81	0.391
27-32	1 493	95.25	66	4.75	
33-48	1 514	93.79	93	6.21	
Tipo de lugar de residencia					
Urbano	3 111	93.67	186	6.33	0.001
Rural	1 517	96.45	53	3.55	
Estado civil					
Casada	907	96.39	32	3.61	<0.001
Conviviente	3 325	95.07	145	4.93	
Viuda/Divorciada/No viviendo juntos	396	85.28	62	14.72	
Nivel educativo					

Hasta primaria	898	95.34	40	4.66	0.556
Secundaria	2 203	94.05	123	5.95	
Superior	1 527	94.35	76	5.65	
Índice de riqueza					
Muy pobre	1 473	96.46	52	3.54	0.042
Pobre	1 258	93.81	70	6.19	
Medio	906	92.99	56	7.01	
Rico	602	93.04	37	6.96	
Muy rico	389	95.37	24	4.63	
Embarazo no deseado					
Entonces	2 193	95.17	97	4.83	0.219
Esperar más	1 411	94.07	73	5.93	
No quería más	1 024	93.17	69	6.83	
Parto por cesárea					
No	3 089	94.56	151	5.44	0.628
Sí	1 539	94.09	88	5.91	
Tratamiento previo por depresión					
No	4 525	94.74	216	5.26	<0.001
Sí	103	80.07	23	19.93	
Diabetes					
No	4 551	94.39	230	5.61	0.944

Sí	77	94.54	9	5.46	
Violencia doméstica					
No	3 657	96.08	131	3.92	<0.001
Sí	971	87.97	108	12.03	

Nota. Los valores p fueron calculados con la prueba de chi cuadrado. Los valores resaltados en negrita indican un resultado estadísticamente significativo.

Análisis multivariado

La **Tabla 4** ilustra los factores asociados con la prevalencia de sintomatología depresiva en mujeres con posparto reciente dentro del primer año. La edad no mostró una asociación significativa en el modelo ajustado, con OR ajustadas de 0.77 y 0.94 para los grupos de edad de 27-32 y 33-48 años, respectivamente, en comparación con el grupo de referencia de 15-26 años.

El análisis del lugar de residencia reveló una OR ajustada de 0.80 para las áreas rurales en comparación con las urbanas, aunque el resultado fue no significativo. El estado civil mostró una OR ajustada de 0.70 (no significativo) para las casadas y 2.26 (IC 95 %: 1.45-3.53) para las viudas/divorciadas/no convivientes siendo este resultado estadísticamente significativo, con las convivientes como referencia.

En cuanto al nivel educativo, la educación primaria y superior no mostró diferencias significativas en comparación con la secundaria. En el análisis del índice de riqueza, se observó una tendencia creciente en las OR ajustadas desde el grupo pobre hasta el rico, aunque no todas fueron estadísticamente significativas.

La categorización de embarazo no deseado, parto por cesárea y diabetes no mostró asociaciones significativas en el modelo ajustado. Sin embargo, el tratamiento previo por

depresión mostró una fuerte asociación, con una OR ajustada de 4.02 (IC 95 %: 2.11-7.67). Además, la presencia de violencia doméstica se asoció significativamente con la sintomatología depresiva, con una OR ajustada de 2.72 (IC 95 %: 1.84-4.01).

Tabla 4

Factores asociados a la prevalencia de sintomatología depresiva en mujeres con posparto reciente

Variables	Presencia de sintomatología depresiva			
	Modelo no ajustado		Modelo ajustado	
	OR	IC 95 %	OR	IC 95 %
Edad (años)				
15-26	Ref.		Ref.	
27-32	0.80	0.53-1.23	0.77	0.49-1.20
33-48	1.07	0.73-1.56	0.94	0.61-1.45
Tipo de lugar de residencia				
Urbano	Ref.		Ref.	
Rural	0.54	0.37-0.78	0.80	0.47-1.37
Estado civil				
Casada	0.72	0.41-1.24	0.70	0.39-1.27
Conviviente	Ref.		Ref.	
Viuda/Divorciada/No viviendo juntos	3.33	2.20-5.04	2.26	1.45-3.53
Nivel educativo				
Hasta primaria	0.77	0.48-1.23	1.03	0.61-1.73

Secundaria	Ref.		Ref.	
Superior	0.94	0.66-1.35	0.99	0.65-1.50
Índice de riqueza				
Muy pobre	Ref.		Ref.	
Pobre	1.79	1.13-2.85	1.56	0.88-2.75
Medio	2.05	1.29-3.26	1.72	0.88-3.36
Rico	2.03	1.19-3.45	1.79	0.85-3.78
Muy rico	1.32	0.70-2.48	1.36	0.55-3.35
Embarazo no deseado				
Entonces	Ref.		Ref.	
Esperar más	1.24	0.83-1.83	1.10	0.73-1.66
No quería más	1.44	0.92-2.25	1.15	0.70-1.89
Parto por cesárea				
No	Ref.		Ref.	
Sí	1.09	0.76-1.55	1.06	0.70-1.62
Tratamiento previo por depresión				
No	Ref.		Ref.	
Sí	4.47	2.51-7.97	4.02	2.11-7.67
Diabetes				
No	Ref.		Ref.	
Sí	0.97	0.43-2.18	0.77	0.31-1.91

Violencia doméstica

No	Ref.		Ref.	
	3.34	2.37-4.72	2.72	1.84-4.01

Nota. El modelo ajustado incluyó a todas las variables de interés. OR: *Odds ratio*. IC: Intervalo de confianza. Ref.: Valor de referencia. Los valores resaltados en negrita indican un resultado estadísticamente significativo.

V. DISCUSION DE RESULTADOS

La salud mental en nuestro País es un tema de vital importancia que no está siendo abordada como se merece, ya que esta patología se incrementa año a año en un 19% aproximadamente (Minsa, 2023), con una tendencia a seguir incrementando; la depresión es una de las enfermedades que están incluidas dentro de los problemas de salud mental, a esto se suma que la afectación a mujeres frente a los hombres es de 2 a 1 (GHDx, 2023).

En nuestro estudio para el año 2021 la prevalencia de sintomatología depresiva en mujeres puérperas de edad fértil dentro del primer año posparto en todo el país es de 5.6% (IC 95%: 4,8 – 6,5), cifra similar a estudios nacionales que Mendoza Rojas encontró de 3.7%, 4% y 5.2% para los años 2017, 2018 y 2019 respectivamente utilizando la ENDES (Mendoza, 2022), Rojas halló 4.6% de DPP a nivel nacional estudiando solo a primíparas (Rojas, 2021) esto puede deberse que ambos autores utilizaron la ENDES para su estudio y la ENDES utiliza como instrumento de estudio el PHQ-9, sin embargo existen otros también nacionales realizados en diferentes regiones como es el caso de hospitales en los cuales las prevalencias son muy altas, es así que tenemos 54% de DPP en Cañete (Rodríguez y Roncal, 2023), 29% en el Instituto Materno Perinatal de Lima (Villanueva, 2022), 42% en el Hospital Iquitos (Valdivia, 2020) y 45% en la P.S. el Alto Alegre en Arequipa (Masías y Arias, 2018) definitivamente nuestros valores son menores a estas cifras presentadas, esto puede deberse que todos estos estudios utilizaron como instrumento de estudio a la Escala Posnatal de Edimburgo, que es una escala muy conocida sin embargo no es la misma que se utilizó en nuestro estudio, otra diferencia es que estos estudios tienen el tamaño muestral menor a la nuestra, lo cual podría generar esta disimilitud. La prevalencia de síntomas de depresión nivel mundial va desde el 10% hasta el 25% (Gastaldon et al., 2022), esto es corroborada con los estudios internacionales como es el caso de Brasil con la prevalencia de DPP de 19% (Fernández e Iturriza,

2014), 32% en la India (Nayak et al., 2021), 8.9% en Japón (Nakano et al., 2020), 22.1% etiopia (Abebe et al., 2019), estudios que presentan diferentes valores esto puede responder a que nuestro país presenta diferentes realidades sociales, económicas y culturales.

Este estudio está evaluando 10 factores de riesgo asociadas a sintomatología depresiva, factores que de acuerdo a la literatura nacional e internacional han sido agrupadas en factores sociodemográficos (edad, residencia actual, estado civil, nivel educativo), factores obstétricos (embarazo no deseado, parto por cesárea), factores patológicos (tratamiento previo de depresión, diabetes) y la exposición a violencia doméstica, esta última contempla los diferentes tipos de violencia como son la psicológica, física y sexual.

A nivel de las variables sociodemográficas la edad presenta una distribución homogénea en los 3 cortes, sin embargo se observa ligero incremento de sintomatología depresiva en los extremos pero estos valores son no significativos, un estudio en Iquitos demuestra que la edad menor a 18 años presenta el riesgo de desarrollar sintomatología depresiva (Valdivia, 2020), así mismo en otra revisión bibliográfica muestra a las edades extremas asociadas a DPP (Vega-Dienstmaier, 2019) con una tendencia en U incrementándose en madre joven (menor de 19 años) y madre añosa (mayores de 35 años).

En el análisis a nivel de las variables sociodemográficas se encontró asociación entre el estado civil soltera y la sintomatología depresiva dentro del primer año posparto, ya que el 14.72% de mujeres solteras presenta sintomatología depresiva con un $p < 0.001$ con un OR ajustado de 2.26 (IC 95 %: 1.45-3.53), lo cual traduce que las mujeres puérperas dentro del año postparto presenta 2.26 veces más riesgo de presentar sintomatología depresiva a diferencia de aquellas que se encuentran conviviendo, esto se puede deberse a que la mujer sin pareja (viuda, divorciada o soltera) no tiene el apoyo emocional para el cuidado de su bebe lo que podría predisponer a

sentimientos de soledad en el posparto, datos similares encontrados en un estudio internacional en Brasil, en el cual se observa que esta variable está altamente asociada a sintomatología depresiva en el posparto (Fernandes- Moll et al., 2023). Así mismo en nuestro país otro estudio refuerza nuestro hallazgo, ya que estudio en el que menciona que las madres solteras difícilmente se adaptan a los cambios que conlleva el nacimiento de un hijo, así como los cambios hormonales, por lo que el apoyo la pareja es esencial para reducir el riesgo de depresión (Mendoza, 2022); inclusive Rodríguez y Roncal con un estudio en Cañete este año llegan a la conclusión que la presencia de la pareja y su apoyo puede llegar a ser un factor protector para el desarrollo de sintomatología depresiva en las puérperas de 15 a 49 años de edad.

A nivel de las variables patológicas nuestros resultados muestran una fuerte asociación entre el antecedente de tratamiento previo de depresión con la sintomatología depresiva en un 19% con un $p < 0.001$, con una OR ajustada de 4.02 (IC 95 %: 2.11-7.67), lo que implica que las mujeres con antecedente de tratamiento previo por depresión tienen 4 veces más riesgo de presentar sintomatología posparto más que las que no tienen esta exposición., este hallazgo es similar con un metaanálisis “Psychosocial risk factors for postpartum depression in Chinese women” realizado en mujeres chinas en donde encuentran una fuerte asociación entre estas variables (Qi et al., 2021) así mismo un estudio en Colombia con nombre “Factores asociados a depresión posnatal en puérperas de Antioquia, según escala de Edimburgo, año 2020” encontró una fuerte asociación ya que el 23,2 % de pacientes con sintomatología depresiva tenía como antecedente o historia clínica previa a la depresión (Jiménez et al., 2020), Herrera en Ecuador llega a la conclusión que el estado de depresión previa determina la aparición de depresión durante el posparto (Herrera et al., 2022). Sin embargo, a nivel nacional son pocos los estudios que evalúan esta variable y su asociación con la sintomatología depresiva en el posparto como es el caso de Juárez, quien encontró que el

antecedente de depresión se asocia fuertemente a la sintomatología depresiva en el posparto (OR=1.70, IC 95%=1.19-2.45, p=0.004) en un hospital de Sullana-Piura (Juárez, 2022) así como el antecedente de depresión posparto.

La variable de tratamiento previo por depresión nos muestra de forma indirecta que aquellas mujeres que han tenido depresión han tenido acceso a los servicios de salud mental motivo por el cual tienen ya un tratamiento previo, sin embargo, no sé sabe en qué etapa de la vida se tuvo este tratamiento, si fue en la niñez, adolescencia, o en el transcurso de este último puerperio, se hace este énfasis ya que el acceso a salud mental en nuestro país es precario, según el Instituto Nacional de Salud Mental en el año 2021 solo el 12% encuentra acceso a los servicios de salud mental (Minsa, 2023), solo 8 de cada 10 personas con patologías mentales no reciben tratamiento cual es alarmante. Si bien es cierto que no se puede decir en concreto que estas mujeres sufren de depresión posparto ya que se necesita pasar por un especialista para una evaluación clínica que nos brinde el diagnóstico, sin embargo, no se puede obviar que estas mujeres están presentando esta sintomatología depresiva.

La violencia contra la mujer ocasionan altos grados de estrés, depresión y tendencia a uso de sustancias, si la madre sufre de violencia el bebé es testigo al estar expuesto a estos actos o palabras ofensivas, pudiendo ocasionarle un trastorno psicológico severo, en nuestro estudio la variable violencia evidencia una asociación estadísticamente significativa a los síntomas depresivos en el posparto con una prevalencia de 12.03 % (P<0.001) y con una OR ajustada de 2.72 (IC 95 %: 1.84-4.01), traduciendo tenemos que aquellas mujeres puérperas que sufrieron de violencia tienen 2.72 veces más riesgo de presentar sintomatología depresiva que aquellas que no sufrieron ningún tipo de violencia en su vida, que este hallazgo es corroborado por literatura nacional e internacional, es así que el estudio de Gastaldon mostró que las experiencias violentas

tenían un (OR = 2,07, IC 95% 1,70-2,50) lo cual implica una gran asociación entre ambas variables (Gastaldon, Solmi, Correll, Barbui, & Schoretsanitis, 2022), Qi Weijing y colaboradores en su metaanálisis no menciona a la violencia pero sí a la mala relación entre la pareja el cual le resultó (OR 3,56; IC 95% 2,95–4,28) como factor de riesgo para la DPP (Qi et al., 2021), otro estudio realizado por Abebe y colaboradores en Etiopía nos muestra que la violencia de la pareja tiene una fuerte asociación con los síntomas depresivos con un (OR 3.16, IC 1.76-5.67) con esto quiere decir que la puérpera violentada tenía 3 veces más probabilidad de sufrir síntomas depresivos de las que no sufrieron violencia (Abebe et al., 2019). Estudios nacionales especifican el tipo de violencia que sufriría la mujer para desencadenar la sintomatología depresiva, es así que Mendoza hace 1 año encontró que las mujeres víctimas de violencia psicológica por parte de la pareja, que la humilla o amenazaba con hacerle daño, tuvieron 2,22 veces mayor posibilidad de presentar síntomas depresivos a diferencia de las mujeres que no eran violentadas (RP= 2,23; IC: 1.344 - 3.689) (Mendoza, 2022), Villanueva realizó un estudio en INMP en el cual halló una asociación estadísticamente significativa entre ambas variables con un $p= 0,026$ y OR de 3,4 (Villanueva, 2022); así mismo en un sub análisis de la ENDES del año 2019 concluyen que “la violencia física durante el embarazo se asocian significativamente con la presencia depresión posparto en mujeres primíparas de 15 a 40 años de edad” (Rojas, 2021)

VI. CONCLUSIONES

- Se determina una prevalencia de sintomatología depresiva del 5.6% en mujeres de edad fértil dentro del primer año posparto en todo el país según subanálisis de la ENDES 2021.
- Se determina que los factores sociodemográficos no están asociados significativamente con la sintomatología depresiva postparto en puérperas de edad fértil en Perú según subanálisis de la ENDES 2021.
- Se determina que los factores obstétricos no están asociados significativamente con la sintomatología depresiva postparto en puérperas de edad fértil en Perú según subanálisis de la ENDES 2021
- Se determina que el factor patológico asociado significativamente con la sintomatología depresiva postparto en puérperas de edad fértil en Perú según subanálisis de la ENDES 2021 es el antecedente de tratamiento previo por depresión.
- Se determina que la violencia está asociada significativamente con la sintomatología depresiva postparto en puérperas de edad fértil en Perú según subanálisis de la ENDES 2021.

VII RECOMENDACIONES

- Se recomienda implementar el tamizaje de depresión postparto en el servicio de Ginecología y obstetricia de los hospitales durante el puerperio inmediato para una detección precoz de esta patología.
- Se recomienda implementar el tamizaje de depresión postparto en los servicios de Ginecología y obstetricia en los consultorios en el primer nivel de atención para el diagnóstico y tratamiento temprano de esta patología
- Se recomienda aplicar programas de forma interdisciplinaria para la detección de violencia contra la mujer en los diferentes consultorios de atención primaria y hospitales para su detección oportuna y con ello evitar las complicaciones que la violencia conlleva en nuestras pacientes.

VIII. REFERENCIAS

- Abebe, A., Tesfaw, G., Mulat, H., Hibdye, G. y Yohannes, K. (2019). Postpartum depression and associated factors among mothers in Bahir Dar Town, Northwest Ethiopia. *Annals of General Psychiatry*, 18-19. <https://doi.org/10.1186/s12991-019-0244-4>
- Asociación Americana de Psiquiatría. (2014). *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales*. (Vol. 5 Edición). Editorial Medica Panamericana. Obtenido de: <https://www.federaciocatalanatdah.org/wp-content/uploads/2018/12/dsm5-manualdiagnosticoyestadisticodelostrastornosmentales-161006005112.pdf>
- Azami, M., Badfar, G., Soleymani, A. y Rahmati, S. (2019). The association between gestational diabetes and postpartum depression: A systematic review and meta-analysis. *Diabetes research and clinical practice*, 149, 147–155. <https://doi.org/10.1016/j.diabres.2019.01.034>
- Bermejo-Sánchez, F., Peña-Ayudante, W., y Espinoza-Portilla, E. (2020). Depresión perinatal en tiempos del COVID-19: rol de las redes sociales en Internet.. *Acta Medica Peruana*, 37(1), 88-93. Obtenido de <https://dx.doi.org/10.35663/amp.2020.371.913>
- Caparros-Gonzales, R., Romero-Gonzales, B., y Peralta-Ramirez, M. (15 de Julio 2018). Depresión posparto, un problema de salud pública mundial. *Revista Panamericana de Salud Pública (PAJPH)*, 42-97. Obtenido de <https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/49117/v42e972018.pdf?sequence=3&isAllowed=y>
- Choi, S. Y., Kim, E. J., Ryu, E., Chang, K. O. y Park, M. N. (2012). Postpartum depression and parental self-efficacy: a comparison of native Korean and Vietnamese immigrant mothers

- in Korea. *Journal of transcultural nursing: official journal of the Transcultural Nursing Society*, 23(2), 181–187. <https://doi.org/10.1177/1043659611434057>
- Fernandes-Moll, M., Matos, A., Borges, G. B., Ventura, C. A., Bernardinelli, F. C. y Martins, T. da S. (2023). Ocurrencia y factores asociados con la depresión posparto en un área urbana de Brasil. *Revista eletronica de enfermagem Global*, 22(1) 134-166. <https://doi.org/10.6018/eglobal.525191>
- Fernández, J. y Iturriza, A., (2014). Depresión posparto valorada mediante la escala de Edimburgo. *Revista de Obstetricia y Ginecología de Venezuela*, 74(4), 229-243. Obtenido de https://ve.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0048-77322014000400003&lang=es
- Federación Latinoamericana de Sociedades de Obstetricia y Ginecología [FLASOG]. (2019). Anemia y embarazo. *Revista médica con artículos de revisión y consulta GINECO-FLASOG*, 9-27. Obtenido de <http://www.fasgo.org.ar/images/REVISTA-FLASOG-NO8.pdf>
- Gastaldon, C., Solmi, M., Correll, C., Barbui, C. y Schoretsanitis, G. (2022). Risk factors of postpartum depression and depressive symptoms: umbrella review of current evidence from systematic reviews and meta-analyses of observational studies. *The British journal of psychiatry: the journal of mental science*, 221(4), 591–602. <https://doi.org/10.1192/bjp.2021.222>
- GHDx, I. d. (15 de julio de 2023). *Global Health Data Exchange (GHDx)*. Obtenido de GHDx: <https://vizhub.healthdata.org/gbd-results/>

- Guintivano, J., Manuck, T., y Meltzer-Brody, S. (2018). Predictors of Postpartum Depression: A Comprehensive Review of the Last Decade of Evidence. *Clinical obstetrics and gynecology*, 61(3), 591–603. doi: <https://doi.org/10.1097/GRF.0000000000000368>
- Guintivano, J., Sullivan, P. F., Stuebe, A. M., Penders, T., Thorp, J., Rubinow, D. R., & Meltzer-Brody, S (2018). Adverse life events, psychiatric history, and biological predictors of postpartum depression in an ethnically diverse sample of postpartum women. *Psychological medicine*, 48(7), 1190–1200. <https://doi.org/10.1017/S0033291717002641>
- Hantsoo, L. (2020). Potential hormonal and neurochemical biomarkers for postpartum depression. *Science Direct*, 45-63. <https://doi.org/10.1016/B978-0-12-815508-0.00004-7>
- Herrera, E., Carriel, M., y García, A. (2022). Factores de riesgo relacionados con la depresión postparto. *Revista de investigacion en salud vive*, Vol. 5 Núm. 15, 679-687. <https://doi.org/10.33996/revistavive.v5i15.179>
- Huarcaya, J., De-Lama, R., Quiros, M., Bazán, J., López, K., y Lora, D. (2020). Propiedades psicométricas del Patient Health Questionnaire (PHQ-9) en estudiantes de medicina en Lima, Perú. *Revista de Neuro-Psiquiatría*, vol. 83, Num. 2, 72-78. <https://dx.doi.org/10.20453/rnp.v83i2.3749>
- Hutchens, B., y Kearney, J. (2020). Risk Factors for Postpartum Depression: An Umbrella Review. *Journal of Midwifery & Women's Health*, 65(1), 96–108. <https://doi.org/10.1111/jmwh.13067>
- Jiménez, G., Peña, Y., Ortega, M., Arias, K., y Gil, J. (2020). Factores asociados a depresión posnatal en puérperas de Antioquia, según escala de Edimburgo. *Ciencia e Innovación en Salud*, 285-296. <https://revistas.unisimon.edu.co/index.php/innovacionsalud/article/view/3898>

- Juárez, M. (2022). Factores asociados a depresión posparto en puérperas inmediatas atendidas en el Hospital de apoyo II-2 Sullana, durante los meses de febrero marzo de 2022. [tesis de pregrado Universidad Nacional de Piura] Repositori institucional de UNP, <http://repositorio.unp.edu.pe/handle/20.500.12676/3437>
- Lara, M., Navarrete, L., Nieto, L., Martín, J., Navarro, J., y Lara-Tapia, H. (2015). Prevalence and incidence of perinatal depression and depressive symptoms among Mexican women. *Journal of affective disorders*, 175, 18–24. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2014.12.035>
- Liu, X., Wang, S., y Wang, G. (2022). Prevalence and Risk Factors of Postpartum Depression in Women: A Systematic Review and Meta-analysis. *Journal of clinical nursing*, 31(19-20), 2665–2677. <https://doi.org/10.1111/jocn.16121>
- Malpartida Ampudia, M. K. (2020). Depresión posparto en atención primaria. *Revista Medica Sinergia*, 5(2), 2-10. <https://doi.org/10.31434/rms.v5i2.355>
- Marcos, R., Rodriguez, M., Izquierdo, N., Olivares, M., y Soto, C. (2017). Depresión perinatal: rentabilidad y expectativas de la intervención preventiva. *Clínica y Salud. Colegio Oficial de la Psicología de Madrid*, Vol. 28, Num. 2, 49-52. <https://journals.copmadrid.org/clysa/art/j.clysa.2017.05.001>
- Masías, M., y Arias, W. (2018). Prevalencia de la depresión post parto en Arequipa, Perú. *Revista Medica Herediana*, 29, 226-231. <https://revistas.upch.edu.pe/index.php/RMH/article/view/3447/3677>
- Mayo Clinic. (24 de Noviembre de 2022). *Postpartum Depression*. Recuperado el 01 de Agosto de 2023, de Fundación Mayo para la Educación y la Investigación Médica: <https://www.mayoclinic.org/es/diseases-conditions/postpartum-depression/symptoms-causes/syc-20376617>

- Meltzer-Brody, S. (2011). New insights into perinatal depression: pathogenesis and treatment during pregnancy and postpartum. *Dialogues in clinical neuroscience*, Volume 13, 89–100. <https://doi.org/10.31887/DCNS.2011.13.1/smbrody>
- Mendoza, C. (2022). Factores asociados a síntomas depresivos en mujeres de 15 a 49 años dentro del primer año postparto. ENDES 2017 – 2019. [Tesis de pregrado, Universidad Ricardo Palma] *Repositorio de la Universidad Ricardo Palma*, 1-92. Obtenido de <https://repositorio.urp.edu.pe/bitstream/handle/20.500.14138/5065/FACTORES%20ASOCIADOS%20A%20S%c3%8dNTOMAS%20DEPRESIVOS%20EN%20MUJERES%20DE%2015%20A%2049%20A%c3%91OS%20DENTRO%20DEL%20PRIMER%20A%c3%91O%20POSTPARTO.%20ENDES%202017%20e2%80%93%202019.pdf?seq>
- Ministerio de salud del Perú. [MINSa] (20 de agosto de 2023). Obtenido de Plataforma nacional de datos abiertos: <https://www.datosabiertos.gob.pe/dataset/minsa-salud-mental>
- Mughal, S., Azhar, Y., Siddiqui, W. (2022). *Depresión post-parto*. Treasure Island: Editorial Board. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK519070/#article-27543.s15>
- Nakano, M., Sourander, A., Luntano, T., Chudal, R., y Skokauskas, N., (2020). Early risk factors for postpartum depression: A longitudinal Japanese population-based study. *Journal of affective disorders*, Volumen 269, 148–153. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2020.03.026>
- Nayak, D., Karuppusamy, D., Kumar-Maurya, D., Sekhar, S., Bharadwaj, B., y Keepanasseril, A. (2021). Postpartum depression and its risk factors in women with a potentially life-threatening complication. *The International Journal of Gynecology & Obstetrics*, Vol. 154, 485-491. <https://doi.org/10.1002/ijgo.13549>

Organización mundial de la salud [OMS] (5 de JUNIO de 2023). *Organización Mundial de la Salud*. Obtenido de WHO: <https://www.who.int/es/news-room/factsheets/detail/depression>

Pizarro, J. (2020). Factores asociados a la depresión postparto en mujeres de 15 a 49 años de edad a partir de la Encuesta Demográfica y de Salud Familiar del año 2018. [Tesis de pregrado, Universidad Ricardo Palma] *Repositorio de la Universidad Ricardo Palma*, 1-79. <https://hdl.handle.net/20.500.14138/3002>

Qi, W., Zhao, F., Liu, Y., Li, Q., y Hu, J. (2021). Psychosocial risk factors for postpartum depression in Chinese women: a meta-analysis. *BMC pregnancy and childbirth*. *Pubmed*, 21(1), 174. <https://doi.org/10.1186/s12884-021-03657-0>

Rodriguez, G., y Roncal, A. (2023). Factores asociados a depresión posparto en puérperas atendidas en el Puesto de salud Malvinas y Centro de salud Imperial - Cañete durante el periodo Setiembre-Diciembre 2021. [Tesis de pregrado, Universidad Ricardo Palma] *Repositorio de la Universidad Ricardo Palma*, 6-78. Obtenido de https://repositorio.urp.edu.pe/bitstream/handle/20.500.14138/6286/T030_72815839_T%20%20RODRIGUEZ%20ROMERO%20GERALDINE%20MIRIAM%20%281%29.pdf?sequence=1&isAllowed=y

Rojas, G. (2021). Factores asociados a la depresión postparto en mujeres primíparas de 15 a 40 años de edad en el Perú según ENDES 2019. [Tesis de pregrado, Universidad Ricardo Palma] *Repositorio de la Universidad Ricardo Palma*, 9-58. Obtenido de https://repositorio.urp.edu.pe/bitstream/handle/20.500.14138/3996/T030_46238983_T%20%20ROJAS%20VALENCIA%20GINA%20PAOLA.pdf?sequence=1&isAllowed=y

- Sanchez, R. (2019). Cesarea como factor de riesgo de depresion postparto en puerperas del Hospital regional docente de Trujillo, [Tesis de pregrado, Universidad Privada Antenor Orrego]. *Repositorio de la Universidad Privada Antenor Orrego*, 1-35. Obtenido de https://repositorio.upao.edu.pe/bitstream/20.500.12759/4575/1/REP_MED.HUMA_REN_ATO.SANCHEZ_CESAREA.FACTOR.RIESGO.DEPRESION.POSTPARTO.PUERPERAS.HOSPITAL.REGIONAL.DOCENTE.TRUJILLO.pdf
- Spitzer, R. L., Kroenke, K., y Williams, J. B.. (1999). Validation and utility of a self-report version of PRIME-MD: the PHQ primary care study. Primary Care Evaluation of Mental Disorders. *Patient Health Questionnaire*, JAMA, 282(18), 1737–1744. <https://doi.org/10.1001/jama.282.18.1737>
- Suárez-de-León, M. (2020). Prevalencia de la depresión post parto y factores asociados en tres centros de salud de la isla de La Palma. [Tesis de pregrado, Universidad de La Laguna]. *Repositorio institucional de la Universidad de la Laguna*, 1-39. <https://riull.ull.es/xmlui/handle/915/19913>
- Turkcapar, A., Kadioğlu, N., Aslan, E., Tunc, S., Zayıfoğlu, M., y Mollamahmutoğlu, L., (2015). Sociodemographic and clinical features of postpartum depression among Turkish women: a prospective study. *BMC pregnancy and childbirth*, 5(108). <https://doi.org/10.1186/s12884-015-0532-1>
- Urdaneta, M., Rivera, A., Garcia, G., Guerra, M., Baabel, N., y Contreras, A. (2011). Factores de riesgo de depresión posparto en puérperas venezolanas valoradas por medio de la escala de Edimburgo. *Revista chilena de obstetricia y ginecología*, 103 - 111. Obtenido de <https://www.scielo.cl/pdf/rchog/v76n2/art07.pdf>

- Valdivia, J. (2020). Factores asociados a la depresión post parto en puérperas atendidas en el Hospital Iquitos 2020. [Tesis de pregrado, Universidad Nacional de la Amazonia Peruana]. *Repositorio de la Universidad Nacional de la Amazonia*, 9-63. Obtenido de https://repositorio.unapiquitos.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12737/6794/Mac_Tesis_Titulo_2020.pdf?sequence=1&isAllowed=y
- Vega-Dienstmaier, J. (2019). Depresión postparto en el Perú. *Revista Médica Herediana*, 29(4), 207-210, <https://doi.org/10.20453/rmh.v29i4.3444>
- Villanueva, A. (2022). Factores asociados al riesgo de depresión postparto valorada por la Escala de Depresión Postnatal de Edimburgo en puérperas adultas atendidas por teleconsulta en el Instituto Nacional Materno Perinatal en el año 2020. [Tesis de pregrado, Universidad Ricardo Palma] *Repositorio de la Universidad Ricardo Palma* 1-102. Obtenido de repositorio de la Universidad Ricardo Palma: <https://repositorio.urp.edu.pe/bitstream/handle/20.500.14138/5289/MED-Villanueva%20Basilio%2c%20Astrid%20Jazmin%20.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

IX. ANEXOS

10.1. Anexo A. Matriz de consistencia

Problema	Objetivo	Hipótesis	Variables	Método
<p>General</p> <p>¿Cuáles son Factores asociados a sintomatología de depresión postparto en puérperas de edad fértil en Perú: subanálisis de la ENDES 2021?</p> <hr/> <p>Específicos</p> <p>– ¿Cuáles son factores sociodemográficos a sintomatología de depresión postparto en puérperas de edad fértil en Perú:</p>	<p>General</p> <p>Determinar cuáles son los factores asociados a sintomatología de depresión postparto en puérperas de edad fértil en Perú: subanálisis de la ENDES 2021</p> <hr/> <p>Específicos</p> <p>– Determinar cuáles son factores sociodemográficos a sintomatología de depresión postparto en puérperas de edad</p>	<p>General</p> <p>Existen factores asociados a sintomatología de depresión postparto en mujeres puérperas de edad fértil en el Perú: subanálisis de la ENDES 2021.</p> <hr/> <p>Específicos</p> <p>– Los factores sociodemográficos están asociadas a sintomatología de depresión postparto en puérperas de edad</p>	<p>Dependiente</p> <p>Sintomatología depresiva postparto</p> <hr/> <p>Dependiente</p> <p>– Edad</p> <p>– Lugar de residencia</p> <p>– Estado civil</p> <p>– Grado de instrucción</p> <p>– Índice de riqueza</p> <p>– Embarazo no deseado</p> <p>– Embarazo controlado</p>	<p>Tipo de investigación</p> <p>Analítico, retrospectivo, observacional, transversal con el uso de base de datos secundarios hallados en la ENDES 2021.</p> <hr/> <p>Población y muestra</p> <p>La población objetiva está constituida por todas las mujeres con</p>

<p>subanálisis de la ENDES 2021?</p> <p>– ¿Cuáles son factores obstétricos a sintomatología de depresión postparto en puérperas de edad fértil en Perú: subanálisis de la ENDES 2021?</p> <p>– ¿Cuáles son factores patológicos a sintomatología de depresión postparto en puérperas de edad fértil en Perú: subanálisis de la ENDES 2021?</p>	<p>fértil en Perú: subanálisis de la ENDES 2021</p> <p>– Determinar cuáles son factores obstétricos a sintomatología de depresión postparto en puérperas de edad fértil en Perú: subanálisis de la ENDES 2021</p> <p>– Determinar cuáles son factores patológicos a sintomatología de depresión postparto en puérperas de edad fértil en Perú: subanálisis de la ENDES 2021</p>	<p>fértil en Perú: subanálisis de la ENDES 2021.</p> <p>– Los factores obstétricos están asociadas a sintomatología de depresión postparto en puérperas de edad fértil en Perú: subanálisis de la ENDES 2021.</p> <p>– Los factores patológicos están asociadas a sintomatología de depresión postparto en puérperas de edad fértil en Perú: subanálisis de la ENDES 2021.</p>	<p>– Parto por cesárea</p> <p>– Parto pretérmino</p> <p>– Lactancia materna</p> <p>– Anemia</p> <p>– Diabetes</p> <p>– Violencia física</p>	<p>edades entre 15 a 49 años que se encuentran dentro del primer año posterior al parto en todo el territorio peruano en el periodo de enero a diciembre del año 2021</p> <p>La muestra estuvo constituida por ----- mujeres con edades entre 15 a 49 años del Perú del año</p>
--	---	--	---	---

<p>– ¿Existe acceso a salud mental por sintomatología de depresión postparto en puérperas de edad fértil en Perú: subanálisis de la ENDES 2021?</p>	<p>subanálisis de la ENDES 2021</p> <p>– Determinar si existe acceso a salud mental por sintomatología de depresión postparto en puérperas de edad fértil en Perú: subanálisis de la ENDES 2021</p>	<p>subanálisis de la ENDES 2021.</p>		<p>2019, registradas en la ENDES 2021 y cumplieron los criterios de inclusión y exclusión. Las bases de datos se encuentran disponibles en la sección “Microdatos” del sitio en internet del Instituto Nacional de Estadística e Informática del Perú (INEI).</p> <hr/> <p><i>Instrumentos</i></p>
---	---	--------------------------------------	--	--

				<ul style="list-style-type: none">– Cuestionario del hogar– Cuestionario individual de la mujer <hr/> <p><i>Análisis de datos</i></p> <ul style="list-style-type: none">– Análisis descriptivo: Porcentajes.– Análisis bivariado: Prueba de chi cuadrado– Análisis multivariado: Modelo de regresión de Poisson
--	--	--	--	---

10.2. Anexo B. Operacionalización de variables

Variable	Definición operacional	Naturaleza	Escala de medición	Categoría/Valor
Dependiente Síntomas depresivos postparto	Trastorno emocional severo con síntomas de tristeza intensa y persistente dentro de los 12 meses posteriores al parto.	Cualitativa	Nominal	Con síntomas Depresivos: ≥ 10 Sin síntomas Depresivos: < 10
Independiente Edad	Años cumplidos por la madre	Cualitativa	Nominal	≤ 14 años 15 - 49 años ≥ 50 años
Independiente Tipo de lugar de residencia	Área geográfica donde se encuentra la vivienda	Cualitativa	Nominal	Urbana Rural
Independiente Estado civil	Determina si la madre se encuentra soltera o casada	Cualitativa	Nominal	Soltera Casada
Independiente Nivel educativo	Determina el último grado de estudios académicos	Cualitativa	Nominal	Analfabeto Primaria Secundaria

				Superior a más
Independiente Índice de riqueza	Determina la solvencia económica familiar según información del sistema de focalización de hogares	Cualitativa	Nominal	Muy pobre Pobre Ni pobre ni rico Rico Muy rico
Independiente Embarazo no deseado	Determina si la madre quería o no embarazarse	Cualitativa	Nominal	No quería quedar embarazada Quería esperar más tiempo Quería quedar embarazada
Independiente Parto por cesárea	Determina si el parto fue ejecutado por cesárea o no	Cualitativa	Nominal	Sí No
Independiente Parto pretérmino	Determina si el parto fue antes de las 37 semanas de gestación	Cualitativa	Nominal	Si: < 37 semanas No: ≥37 semanas

<p>Independiente</p> <p>Diabetes</p>	<p>Determina si la madre presenta alteración de la glucosa basal en ayunas</p>	<p>Cualitativa</p>	<p>Nominal</p>	<p>Sí: 1 No: 2</p>
<p>Independiente</p> <p>Depresion preexistente</p>	<p>Determina si la madre presenta antecedente de depresión preexistente al embarazo</p>	<p>Cualitativa</p>	<p>Nominal</p>	<p>Si No</p>
<p>Independiente</p> <p>Violencia doméstica</p>	<p>Determina si la madre tuvo maltrato físico, psicologico o sexual por su pareja, esposo o familiar durante su embarazo</p>	<p>Cualitativa</p>	<p>Nominal</p>	<p>Si No</p>

10.3. Anexo C. Instrumento utilizado o ficha de recolección de datos

SECCIÓN 7. SALUD MENTAL					
PARA LAS PERSONAS DE 15 AÑOS A MÁS DE EDAD					
PREG.	PREGUNTAS Y FILTROS	CATEGORÍAS Y CÓDIGOS			PASE A
A continuación le voy a formular algunas preguntas sobre molestias o problemas en su estado de ánimo, los cuales se presentan con cierta frecuencia en la población					
700	<p>En los últimos 14 días, es decir, entre el _____ y el día de ayer, usted ha sentido molestias o problemas como:</p> <p>NO HACER INFERENCIAS DE CAUSALIDAD SI RESPONDE "SÍ", PREGUNTE: ¿Cuántos días? SI RESPONDE "NO", CIRCULE "0" (PARA NADA)</p> <p>A. ¿Pocas ganas o interés en hacer las cosas? (DE SER NECESARIO LEA: Es decir, no disfruta sus actividades cotidianas)</p> <p>B. ¿Sentirse desanimada(o), deprimida(o), triste o sin esperanza?</p> <p>C. ¿Problemas para dormir o mantenerse dormida(o), o en dormir demasiado?</p> <p>D. ¿Sentirse cansada(o) o tener poca energía sin motivo que lo justifique?</p> <p>E. ¿Poco apetito o comer en exceso?</p> <p>F. ¿Dificultad para poner atención o concentrarse en las cosas que hace? (DE SER NECESARIO LEA: Como leer el periódico, ver televisión, escuchar atentamente la radio o conversar con otras personas)</p> <p>G. ¿Moverse más lento o hablar más lento de lo normal o sentirse más inquieta(o) o intranquila(o) de lo normal?</p> <p>H. ¿Pensamientos de que sería mejor estar muerta(o) o que quisiera hacerse daño de alguna forma buscando morir?</p> <p>I. ¿Sentirse mal acerca de sí misma(o) o sentir que es una(un) fracasada(o) o que se ha fallado a sí misma(o) o a su familia?</p>	PARA NADA	VARIOS DÍAS (1 A 6 DÍAS)	LA MAYORÍA DE DÍAS (7 A 11 DÍAS)	CASI TODOS LOS DÍAS (12 A + DÍAS)
	A. POCO INTERES.....	0	1	2	3
	B. DEPRIMIDA(O).....	0	1	2	3
	C. DORMIR.....	0	1	2	3
	D. CANSADA(O).....	0	1	2	3
	E. APETITO.....	0	1	2	3
	F. PONER ATENCIÓN.....	0	1	2	3
	G. MOVERSE.....	0	1	2	3
	H. MORIR.....	0	1	2	3
	I. SENTIRSE MAL.....	0	1	2	3