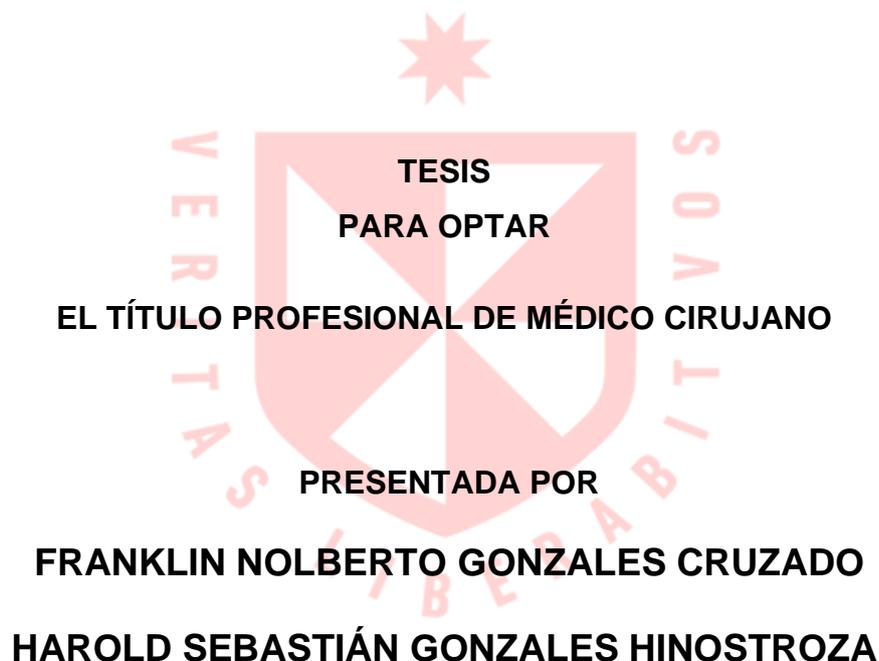


FACULTAD DE MEDICINA HUMANA

**FACTORES PROTECTORES SOCIODEMOGRÁFICOS EN LA
INCIDENCIA DE DEPRESIÓN POSTPARTO EN PUÉRPERAS
MEDIATAS DEL HOSPITAL CENTRAL FUERZA AÉREA DEL PERÚ
EN EL SEGUNDO SEMESTRE DEL AÑO 2022**



ASESOR

ERICSON LEONARDO GUTIÉRREZ INGUNZA

LIMA - PERÚ

2024



**Reconocimiento - No comercial - Sin obra derivada
CC BY-NC-ND**

El autor sólo permite que se pueda descargar esta obra y compartirla con otras personas, siempre que se reconozca su autoría, pero no se puede cambiar de ninguna manera ni se puede utilizar comercialmente.

<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>



FACULTAD DE MEDICINA HUMANA

**FACTORES PROTECTORES SOCIODEMOGRÁFICOS EN LA INCIDENCIA DE
DEPRESIÓN POSTPARTO EN PUÉRPERAS MEDIATAS DEL HOSPITAL
CENTRAL FUERZA AÉREA DEL PERÚ EN EL SEGUNDO SEMESTRE DEL
AÑO 2022**

TESIS:

PARA OPTAR EL TÍTULO PROFESIONAL DE MÉDICO CIRUJANO

PRESENTADA POR:

**FRANKLIN NOLBERTO GONZALES CRUZADO
HAROLD SEBASTIÁN GONZALES HINOSTROZA**

ASESOR:

M.E. ERICSON LEONARDO GUTIÉRREZ INGUNZA

LIMA, PERÚ

2024

Jurado

PRESIDENTE DEL JURADO: Dr. JOSE LUIS PACHECO DE LA CRUZ

MIEMBRO DEL JURADO: Dra. ELSA LILIANA GÓMEZ TALAVERA

MIEMBRO DEL JURADO: Dr. ALVARO JAVIER ESTEBAN BLAS

Dedicatoria

A Dios, por guiarnos desde nuestros años de formación hasta ahora.

A nuestros padres, por el apoyo incondicional, amor y confianza brindados.

A nuestros docentes, por su paciencia y dedicación.

A nuestra alma mater, pues sin ella no hubiésemos logrado nuestros objetivos de convertirnos en profesionales.

Agradecimientos

Al Dr. Ericson Gutiérrez Ingunza, por el asesoramiento y apoyo que nos brindó para desarrollar el presente trabajo de investigación

A los doctores Pedro del Carpio Calle y Carlos Meño Grandez, médicos gineco-obstetras de la HCFAP, por la ayuda brindada en cuanto al alcance de la muestra de estudio.

ÍNDICE

Portada.....	i
Jurado	ii
Dedicatoria.....	iii
Agradecimientos	iv
Índice.....	v
Resumen	vi
Abstract.....	vii
I. INTRODUCCIÓN	1
II. MARCO TEÓRICO	5
III. METODOLOGÍA	21
VI. RESULTADOS	26
V. DISCUSIÓN.....	34
VI. CONCLUSIONES	36
VII. RECOMENDACIONES.....	37
FUENTES DE INFORMACIÓN	38
ANEXOS	

RESUMEN

Objetivo general: Determinar los factores protectores sociodemográficos en la incidencia de depresión postparto en puérperas mediatas del Hospital Central Fuerza Aérea del Perú (HCFAP) en el segundo semestre del 2022.

Objetivos específicos: Establecer relación entre la edad, nivel educativo, nivel socioeconómico y estado civil con la incidencia de depresión postparto. Determinar la frecuencia de depresión postparto y violencia psicológica de pareja.

Materiales y Métodos: Los materiales utilizados fueron la “Prueba de Depresión Postparto de Edimburgo” y el “Cuestionario de Evaluación a Víctimas de Violencia Intrafamiliar”. La investigación es de diseño transversal, descriptivo, con muestra de 100 mujeres puérperas mediatas, pacientes que hayan realizado en el HCFAP la mayoría de sus controles prenatales, en el segundo semestre del año 2022. Se efectuó estadística descriptiva demostrado con cálculo de frecuencias, porcentajes y medidas de tendencia central.

Resultados: El promedio de edad de las puérperas fue de 30,91 años. El 70% presenta grado de estudios universitario o técnico completo, 45% presenta rango militar de técnico supervisor, 85% es de clase media y el 82% son casadas. El 85% de las encuestadas no presentaron depresión postparto y el 67% no presentaron violencia familiar.

Conclusión: La edad entre 31 a 35 años, el nivel académico superior, el nivel económico medio a medio alto, el alto rango militar y el estado civil casado estuvieron relacionados a la incidencia de depresión postparto.

Palabras claves: Puérperas mediatas, depresión postparto, factores sociodemográficos

Abstract

General objective: To determine the protective sociodemographic factors in the incidence of postpartum depression in postpartum women at the Central Air Force Hospital of Peru (HCFAP) in the second half of 2022.

Specific objectives: To establish a relationship between age, educational level, socioeconomic level, and marital status with the incidence of postpartum depression. Determine the frequency of postpartum depression and psychological partner violence.

Materials and Methods: The materials used were the “Edinburgh Postpartum Depression Test” and the “Assessment Questionnaire for Victims of Domestic Violence.” The study has a cross-sectional, descriptive design, with a sample of 100 postpartum women, patients who have performed most of their prenatal check-ups at the HCFAP, in the second half of 2022. Descriptive statistics were executed based on the calculation of frequencies, percentages, and measures of central tendency.

Results: The average age of postpartum women was 30.91 years. 70% have a university or technical degree, 45% have the military rank of supervising technician, 85% are middle class and 82% are married. 85% of the respondents did not present postpartum depression and 67% did not present family violence.

Conclusion: Age between 31 and 35 years, advanced education, average economic level, high military rank, and married marital status were associated with a lower incidence of postpartum depression.

NOMBRE DEL TRABAJO

FACTORES PROTECTORES SOCIODEMOGRÁFICOS EN LA INCIDENCIA DE DEPRESIÓN POSTPARTO EN PUÉRPERAS MEDIANAS

AUTOR

FRANKLIN NOLBERTO GONZALES CRUZ ADO

RECuento de palabras

11915 Words

RECuento de caracteres

65831 Characters

RECuento de páginas

55 Pages

Tamaño del archivo

114.8KB

Fecha de entrega

May 6, 2024 9:17 AM GMT-5

Fecha del informe

May 6, 2024 9:20 AM GMT-5

● **15% de similitud general**

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

- 15% Base de datos de Internet
- Base de datos de Crossref
- 3% Base de datos de publicaciones
- Base de datos de contenido publicado de Crossref

● **Excluir del Reporte de Similitud**

- Base de datos de trabajos entregados
- Material citado
- Coincidencia baja (menos de 10 palabras)
- Material bibliográfico
- Material citado

I. INTRODUCCIÓN

La depresión es el problema de salud mental más común en el mundo, y por ello no debe ser tomado como un problema ligero, en vista que afecta a más de 300 millones de personas. Está comprobado que supone cambios a nivel neurológico, y sumado al entorno del paciente junto a las circunstancias, puede terminar en el suicidio. Sus síntomas más comunes son el decreciente estado anímico, pérdida de interés, sentimiento culposo, autoestima disminuida, falta de concentración y posibles trastornos de sueño o alimenticios. (1).

A nivel mundial, afecta de forma considerable a las mujeres y constituye la causa más frecuente de incapacidad laboral. La frecuencia de depresión en mujeres (7 al 24%) es casi el doble que en los varones. (2).

Bolton y otros mostraron en el año 1998 en la ciudad de Londres un 30,7 %; Da Silva, también identificó un 39 %; Bowen, en el año 2006 en Canadá, reportó un 20,7 %. En ese año (2006), un estudio en México, realizado en diferentes universidades, reveló mediante el uso de la prueba CES-D una prevalencia de 30,7%; Figueiredo y otros, en el año 2007, demostraron una prevalencia de 11,1 % en Portugal. (2).

Las cifras más altas de prevalencia de la depresión en mujeres se consiguen durante los años de vida fértil, por lo que pueden deprimirse antes de la concepción, estando embarazadas e incluso en la etapa inicial del postparto.

Durante esos periodos, las variantes fisiológicas que se generan en la mujer, como la interrelación entre hormonas y factores externos, dañan la salud mental de la madre, dejándola más susceptible a esa patología. Una de las posibles razones es

que durante el embarazo aumenta de forma representativa la proporción de estrógeno y progesterona, que luego en el postparto disminuyen de forma súbita.

Se ha sugerido como factor contribuyente la disminución de progesterona a nivel sanguíneo y un aumento de cortisol. Además, se ha relacionado la concentración elevada de cortisol y mayor tristeza principalmente en el periodo postparto. Esto debido a que los corticosteroides suelen elevarse en personas con depresión mayor (3).

Según *The American Congress of Obstetricians and Gynecologists* (ACOG), entre 14-23% de mujeres lucharán con algunos síntomas de depresión durante el embarazo y en las semanas posteriores. (4).

En el Perú las mujeres embarazadas tienen una prevalencia de depresión que reafirma los datos internacionales. Un estudio realizado en el Consultorio Externo de Obstetricia del Hospital Nacional Cayetano Heredia (HNCH) en Lima, demostró de una muestra de 203 pacientes embarazadas, un 34,7% tuvo puntajes de la EPDS > 13,5, donde la prevalencia estimada de depresión mayor fue de 22,5% tomando en cuenta la sensibilidad y especificidad de la prueba de Edimburgo. (5)

Se ha demostrado que uno de los principales factores relacionado a la depresión es la violencia en el propio domicilio de la mujer. Las valoraciones mundiales informadas por la OMS señalan que aproximadamente una de cada tres (35%) mujeres sufrieron violencia física y/o sexual de pareja o sexual por terceros en algún instante de su vida, y la mayor parte de esos casos son violencia realizada por la pareja (6).

A nivel mundial, casi una tercera parte (30%) de las mujeres que han estado en una relación, mencionan haber sido víctimas de algún tipo de abuso físico y/o sexual por parte de su cónyuge en algún episodio de su vida. (7)

Según la Oficina General Epidemiológica del MINSA, las mujeres son las principales víctimas de violencia familiar. En el año 2000 se descubrió, en ocho ciudades del país, con ayuda del Mecanismo de Vigilancia Epidemiológica de abuso familiar, que las mujeres constituían el 84,7% de las personas agraviadas, a diferencia de los varones que solo eran el 15,2%.

Asimismo, se menciona que el grupo de niños perjudicados por la violencia intrafamiliar era de 61%. Haciendo referencia a los atacantes, el 24,9% era el esposo y el 34,7% era el conviviente, y su edad promedio se encontraba entre los 15 y 49 años. El porcentaje de mujeres que mencionaban violencia física era un 72,7% y el 12,6% mencionaban violencia psicológica. Los celos fueron la causa en el 26,2% de casos. (8).

Finalmente, es importante reconocer los comportamientos de una madre deprimida para identificar oportunamente una probable depresión postparto. La madre deprimida tendrá un nivel inferior de umbral al tolerar los llantos de su bebé. A pesar de que pueda estar al tanto de los cuidados primordiales, esta madre tendrá una dificultad muy notable al querer entrar a un plano emocional con su hijo y querer vincularse con el mismo. Las interacciones serán bastante neutras, rutinarias, sin emoción e incluso pueden presentarse como emociones negativas (agresividad y hostilidad), siendo el contacto visual pobre en caricias, afecto al hablarle, miradas, sintiendo la madre mínimo placer al interactuar con su bebé. (9)

Sin embargo, se asocian factores protectores que evitan estos comportamientos de la madre como el apego familiar que permite formar lazos de amor y sentimientos intensos entre mamá y su bebé que determinará la relación a futuro; así como el vínculo precoz madre-hijo que favorece el desarrollo en la autonomía del niño. Esto porque el apego seguro es determinante para adaptarse al estrés y genera conductas satisfactorias ante la separación con sus papás, al momento de ingresar a guarderías o en sus primeros días de escuela. (10)

Por lo anteriormente mencionado se plantea el siguiente problema: ¿Cuáles son los factores protectores sociodemográficos en la incidencia de depresión postparto en puérperas mediatas del Hospital Central Fuerza Aérea del Perú (HCFAP) en el año 2022?

Considerando la pregunta, el objetivo general del presente trabajo de investigación es determinar los factores protectores sociodemográficos en la incidencia de depresión postparto en puérperas mediatas del HCFAP en el segundo semestre del 2022.

Del objetivo general se desprenden los siguientes objetivos específicos:

- Establecer relación entre la edad, nivel educativo, nivel socioeconómico y estado civil con la incidencia de depresión postparto.
- Determinar la frecuencia de depresión postparto en puérperas mediatas en el HCFAP
- Determinar la frecuencia de violencia psicológica por parte de la pareja en puérperas mediatas en el HCFAP

II. MARCO TEÓRICO

Antecedentes de la investigación

Antecedentes nacionales

En el año 2022, Zuazo C, llevó a cabo un estudio donde observó los factores asociados a la depresión postparto en mujeres que dieron a luz en el Hospital Santa María del Socorro. El estudio se diseñó como tipo transversal, no experimental, prospectiva debido a que los datos se tomaron en tiempo real, y analítica al ser bivariado. Se reclutó a una población de 180 puérperas que recibían atención médica en el Hospital Santa María del Socorro entre junio y julio del año 2022. A estas mujeres se les dio toda la información requerida con un lenguaje ameno y adaptable, no previendo daños en su integridad. Se les solicitó consentimiento informado antes de participar.

Los instrumentos utilizados fueron una ficha de recolección de datos y la Escala de depresión postnatal de Edimburgo. Los resultados mostraron que el rango de edad de 35 años a más está relacionada a depresión postnatal (75,5%) $p=0,000$; las solteras tienen mayor probabilidad de presentar depresión postnatal (65,9%) $p=0,032$. Las puérperas con nivel educativo primario están más propensas a sufrir depresión postnatal (78,8%) $p= 0,000$; las multíparas tienen mayor riesgo de sufrir depresión postnatal (69,2%) $p= 0,001$; Las puérperas que tienen menos de 6 Controles Prenatales tienen 5,1 veces mayor probabilidad de sufrir depresión postnatal, 77.12% que las que presentan más de 6 Controles Prenatales $p= 0,000$ $OR=5,1$ (IC95%: 2,4-11,1). Las mujeres que han presentado COVID-19 son más propensas a sufrir depresión postnatal hasta 2,6 veces más respecto a las que no

presentaron este suceso 60,5% y 37,2% respectivamente $p= 0,002$ con $OR=2,6$ (IC95%:1,4-4,8). (11)

En el año 2021, Limascca N. llevó a cabo un estudio donde examinó los factores asociados a la sintomatología de depresión postparto en puérperas de edad fértil en el Perú según el subanálisis de la Encuesta Demográfica y de Salud Familiar (ENDES) durante el 2021.

El estudio se diseñó como tipo observacional, retrospectivo, analítico y de corte transversal fundamentado en una fuente secundaria. Se analizaron a todas las madres peruanas, dentro de la encuesta, que residían en el país durante el año 2021 con edades entre 15 a 49 años, que se encontraban en el primer año luego del parto durante el periodo entre enero-diciembre del año 2021. Los datos proceden de las repuestas de las madres que se puedan recolectar a través del cuestionario de la ENDES, con disponibilidad al público en general.

Los resultados revelaron que la frecuencia de síntomas depresivos en puérperas tempranas fue de 5.61%. Según el análisis bivariado, se muestra la frecuencia de depresión en puérperas tempranas acorde al 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 puérperas con agresión doméstica de 12.03% ($p<0.001$). El análisis multivariado de los determinantes asociados a 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 evidenció una fuerte conexión, con una OR ajustada de 4.02 (IC 95%: 2.11-7.67) y la existencia de agresión doméstica se asoció indudablemente con la depresión postparto, con una OR ajustada de 2.72 (IC 95%: 1.84-4.01). (12)

En el año 2020, Anaya D. llevó a cabo una investigación que exploraba la conexión entre la violencia familiar y la depresión en gestantes adolescentes que asistían al Centro de Salud San Juan Bautista en 2019. El estudio se basó en un enfoque descriptivo correlacional, sin incluir variables experimentales.

La muestra del estudio estuvo compuesta por 40 gestantes adolescentes que habían experimentado violencia familiar y que recibían atención obstétrica en el centro de salud mencionado. A estas participantes se les administró un instrumento validado, diseñado para evaluar la presencia de violencia y detectar signos de depresión en gestantes adolescentes.

Los resultados revelaron que el 52% de las gestantes adolescentes había experimentado violencia psicológica, siendo el abandono (40%), los insultos (25%) y los gritos (20%) las formas más comunes de agresión reportadas. Además, se observó que la pareja (52.5%) y el padre (35%) fueron los agresores principales identificados. Asimismo, se encontró que el 45% de las participantes aún vivía con su agresor. (13)

En el año 2020, Arauco C. llevó a cabo un estudio que examinó la relación entre los niveles de disfuncionalidad familiar y la depresión postnatal en mujeres que acababan de dar a luz en el Hospital Nacional Hipólito Unanue durante el año 2019. El estudio se diseñó como tipo transversal, descriptivo y analítico, reclutando a una población de 250 puérperas que recibían atención en el Servicio de Ginecología del hospital mencionado. A estas mujeres se les proporcionó información detallada sobre el estudio y se les solicitó su consentimiento informado antes de participar. Se les administró una ficha de recolección de datos, la Escala de depresión postnatal de Edimburgo y la prueba de APGAR familiar para su llenado adecuado.

Los resultados revelaron que el 23.6% de las mujeres experimentaron depresión postnatal, mientras que el 67.2% presentó algún grado de disfuncionalidad familiar. Además, se observó que el 88.1% de las mujeres con depresión postnatal también mostraban algún grado de disfunción familiar. El análisis de regresión logística evidenció que las mujeres que experimentaban algún grado de disfunción familiar presentaban tres veces más probabilidades de sufrir depresión postnatal, con un OR de 3.092 (IC del 95%: 1.133-8.437). Se encontraron OR de 3.512 (IC del 95%: 1.458-8.459) para la disfunción familiar leve, OR de 4.134 (IC del 95%: 1.503-11.370) para la moderada y OR de 19.714 (IC del 95%: 4.718-82.383) para la severa. Otros determinantes asociados con la depresión postnatal incluyeron la paridad con un OR de 5.344 (IC del 95%: 2.507-11.391), la gestación con un OR de 3.932 (IC del 95%: 1.656-9.332) y el tipo de lactancia con un OR de 3.833 (IC del 95%: 1.067-13.777). (14)

En 2023, Anticona M. publicó una investigación sobre la depresión postparto en puérperas que recibieron atención en el Hospital Santiago Apóstol de Utcubamba. El estudio se diseñó como tipo descriptivo, prospectivo y transversal, con el objetivo de describir el número de casos probables de depresión postparto en estas mujeres. Se observó que el 26.3% de las puérperas atendidas en el centro de salud se encontraban dentro del rango de edad entre 36 a 41 años, el 38.9% tenían estudios secundarios, el 43.2% eran trabajadoras del hogar, el 63.2% estaban conviviendo con su pareja, el 36.8% habían experimentado una gestación previa, el 66.3% tuvieron parto vaginal, y el 60% estuvieron hospitalizadas durante dos días.

En cuanto a la frecuencia de depresión postparto, se encontró que el 18.9% de las puérperas mostraban síntomas de probable depresión, el 32.6% estaban dentro del

rango límite para sufrir depresión, y el 48.4% no presentaba síntomas de depresión postparto. Entre las puérperas con probable depresión, el 7.4% eran adultas entre 36 a 41 años, el 11.6% tenían estudios secundarios, el 11.6% eran trabajadoras del hogar, el 12.6% estaban conviviendo con su pareja, el 6.3% habían experimentado uno o dos embarazos previos, el 10.5% tuvieron parto eutócico, y el 11.6% estuvieron hospitalizadas durante dos días. (15)

Antecedentes internacionales

En el año 2023, Santiago L. llevaron a cabo un estudio que observó la prevalencia de depresión postparto en una muestra de población mexicana por medio de la Escala de Edimburgo y los factores de riesgo asociados con su inicio. El estudio se diseñó como de tipo observacional, relacional, transversal y analítico en una muestra de puérperas tempranas mexicanas atendidas entre marzo-julio del 2022 en 4 hospitales de II y III nivel de la República Mexicana (CDMX, Estado de México, Puebla e Hidalgo). A cada participante se les explicó el objetivo del estudio y se les solicitó la firma del consentimiento informado correspondiente antes de responder el cuestionario en un ambiente cómodo y privado. Se les administró una ficha de recolección de datos sociodemográficos, antecedentes obstétricos y antecedentes personales patológicos, así como la Escala de depresión postnatal de Edimburgo. Los resultados revelaron que de la muestra de 717 puérperas tempranas a quienes se les aplicó la Escala de depresión postnatal de Edimburgo, 106 calificaron con depresión postparto, por lo que la prevalencia es de 14.9%. La edad promedio fue de 26 años (entre 12-46 años). El estado civil soltera resultó un factor protector de depresión postparto y, por otro lado, las mujeres casadas presentaron mayor disposición a depresión postparto. A mayor nivel cultural educativo, menor riesgo de depresión postparto. (16)

En el año 2023, Fernández M. llevaron a cabo un estudio donde examinaron la ocurrencia y los factores asociados con la depresión postparto en un área urbana de Brasil. El estudio se diseñó como tipo transversal, descriptivo-exploratorio con enfoque cuantitativo. Se realizó en servicios de Atención Primaria de Salud localizados en el distrito sanitario II del área urbana de una ciudad profunda de Minas Gerais. Se reclutó a una población de 123 puérperas entre la segunda semana y el sexto mes postnatal. Se les brindó una ficha de recolección de datos sociodemográficos y la Escala de depresión postnatal de Edimburgo, no sin antes explicarles los motivos del estudio y hacerles firmar un consentimiento informado. Los resultados identificaron depresión postnatal probable en el 19,51% de las participantes, y esta condición se relacionó con el grupo etario (36 a 44 años), edad del hijo (4 o 6 meses), estado civil (divorciada), nivel socioeconómico bajo y no se encontró relación con el nivel académico de la madre. (17)

En 2021, Guano A. y Jiménez C. llevaron a cabo una investigación sobre los determinantes que contribuyen en la depresión postparto en adolescentes. Se empleó un estudio de tipo observacional, descriptivo de cohorte transversal, con una muestra de 150 adolescentes. Para ello, se realizó una encuesta junto a la prueba de Edimburgo. Entre los aspectos sociodemográficos evidenciados, se observó que el 46% de la muestra se encontraba en el rango de edad entre 18 a 19 años y el 60% de los casos presentaba solo primaria completa. Los factores psicológicos identificados incluyeron ser víctima de violencia intrafamiliar (58.6%), experimentar estrés (58%), padecer ansiedad (87.3%) y tener sentimientos de culpabilidad (53.3%). En cuanto a los determinantes sociales, se encontró una prevalencia de dificultad económica en el 65.3% de las participantes, 52%

admitieron consumir drogas, y 58.6% reportó tener una relación familiar regular.
(18)

En el 2023, Paolantonio M, Victoria L, y Faas A, llevaron a cabo una investigación sobre la incidencia de la depresión postparto y determinantes correlacionados en madres cordobesas. El estudio se enmarcó en un diseño descriptivo correlacional. Se utilizó una versión adaptada de la Escala de Depresión Postparto (EPP) para analizar los determinantes relacionados con la depresión postparto.

Esta entrevista exploró una serie de factores, entre los que se incluyen si el embarazo fue planeado, cómo se recibió la noticia, los sentimientos físicos y emocionales durante el embarazo y el parto así como sus complicaciones, la experiencia con la lactancia, los antecedentes psicológicos/psiquiátricos de la madre y sus familiares, los eventos vitales ocurridos antes/durante/después de la gestación (vinculados con la vida en pareja, fallecimientos y eventos sociales), los problemas actuales, las dificultades maternas asociadas al nacimiento, las disputas vividas por la mamá en su infancia, el impacto del nacimiento y la calidad de las redes de apoyo.

Para analizar la relación entre estos factores y la depresión postparto, se llevaron a cabo pruebas t para muestras independientes. Los resultados mostraron que las madres con depresión postparto tendían a mencionar con menos frecuencia que imaginaban o soñaban cómo sería su bebé durante el embarazo en comparación con las madres sin depresión postparto ($t(57) = 2.16, p \leq .04$). Además, la experiencia del embarazo como evento vital mostró diferencias evidentes entre los grupos de mamás ($t(57) = 1.95, p \leq .05$), donde aquellas con depresión postparto tendieron a percibir este suceso como más preocupante.

Asimismo, diversas experiencias sociales relacionadas con fallecimientos o problemas de pareja se presentaron con mayor frecuencia en el grupo con indicios de psicopatología postparto.

En cuanto a los eventos vitales sociales, las diferencias entre los grupos fueron altamente significativas tanto para los problemas vividos antes ($t(57) = 2.15, p \leq .04$), durante ($t(57) = 3.46, p \leq .001$) como luego de la gestación ($t(57) = 2.6, p \leq .01$). Además, las experiencias relacionadas con fallecimientos también resultaron significativas ($t(57) = 2.16, p \leq .04$), así como las relacionadas con la vida en pareja ($t(57) = 2.19, p \leq .03$). (19)

En 2021, Gonzáles Z. publicó una investigación sobre la funcionalidad familiar y la depresión postparto en adolescentes adscritas a la Unidad de Medicina Familiar N.º 9 de Puerto Peñasco, Sonora. El estudio se llevó a cabo como un estudio epidemiológico con un diseño observacional, transversal y descriptivo, en el cual participaron 39 adolescentes de 10 a 19 años seleccionadas mediante muestreo no probabilístico por conveniencia. Para evaluar la funcionalidad familiar se utilizó el instrumento FFSIL, y para identificar datos de depresión postparto se aplicó el cuestionario de Edimburgo.

Se realizaron análisis de estadística descriptiva y pruebas de chi cuadrado para evaluar la asociación entre variables cualitativas, con un intervalo de confianza del 95% y una significancia estadística establecida en ≤ 0.05 . Los resultados mostraron que, de las 39 adolescentes entrevistadas, el 38.1% ($n=14$) pertenecían a familias funcionales, mientras que el 61.8% ($n=22$) provenían de familias disfuncionales. Respecto a la depresión postparto, el 47.1% ($n=17$) de las adolescentes presentaron datos sugestivos de depresión, mientras que el 52.8% ($n=19$) no

mostraron indicios de depresión postparto. Al analizar la asociación entre la funcionalidad familiar y la depresión postparto, se obtuvo un valor de chi cuadrado de 0.624 con un p-valor de 0.429, lo que indica que no existe una asociación significativa entre ambas variables en esta muestra. (20)

BASES TEÓRICAS

DEPRESIÓN POSTPARTO (DPP)

La depresión postparto, de los trastornos más prevalentes en gestantes, trae consecuencias a largo plazo, por ello debemos diagnosticarlas y tratarlas en su momento; el pico de afectación en estas pacientes se encuentra mayormente en los 3 meses postparto. Sin embargo, con un buen seguimiento remiten en esos 3 meses o hasta los 6 meses subsiguientes.

En muchos estudios se ha visto que afecta tanto a las pacientes como a los recién nacidos sin distinción de aspectos económicos, sociales o culturales. Estas afectaciones se ven reflejadas con el paso de los años, durante el crecimiento del recién nacido en sus relaciones interpersonales. De esa manera se llegaba a la conclusión que estos niños podían tener problemas familiares, escolares, de conducta y de desenvolvimiento en la sociedad. (21)

En las pacientes puérperas mediatas e inmediatas con este trastorno, se observa un fracaso en cuanto a su lactancia, con respecto a los recién nacidos, reflejado en sentirse avergonzada, temerosa, insegura, preocupada y, en general, deprimida. (22,23,24)

DEPRESIÓN POSTPARTO (DPP) Y SU INFLUENCIA EN EL DESARROLLO INTEGRAL DE LAS MADRES

Las patologías del ánimo pueden expresarse de muchas maneras relacionadas a nivel social y físico. El grado de impacto en el desarrollo integral va a depender de los cambios que ocurran a estos dos niveles indistintamente si hay un embarazo de por medio. (25)

Cuando eso ocurre, hay notorias manifestaciones a nivel bioquímico, social e interpersonal que las hacen vulnerables a cualquier tipo de alteración multisistémica. En esa situación hay que tener en mente al más prevalente de todos: La depresión postparto (DPP). (26)

Como tal, la DPP es el más prevalente de los trastornos del ánimo asociado al nacimiento, pero su diagnóstico y tratamiento pueden presentar ciertos factores clave. Antes para su detección precoz era difícil encontrar alguna medida. Sin embargo, actualmente contamos con la Escala Depresión Edimburgo (EDE). El efecto que tiene en la relación madre-hijo(a) y en el desarrollo de éste, se manifiesta de forma directa con la intensidad y duración del cuadro, que se refleja también en problemas de desarrollo psicomotriz o interrupción abrupta de lactancia, lo que es considerado un problema muy importante, y por ello existen ciertas recomendaciones no sólo para las madres que presentan este trastorno respecto de los cuidados otorgados, sino también a sus familias. (27)

Teóricamente, la depresión consiste en un trastorno que altera el funcionamiento personal con angustia significativa, que puede afectar el estado de ánimo y la realización de actividades diarias. En particular, la DPP se caracteriza por la aparición aproximada entre las semanas 4 y 30 posterior al parto, que causan

incapacidad, culpa, confusión, irritación, dificultad de afrontar situaciones cotidianas y de ideas con tentativa de acabar con su propia vida, se exacerban con baja autoestima, depresión e incertidumbre con respecto a su papel de maternidad. (22)

El cuadro se puede presentar en cualquier momento de forma imprevista, afectando la autopercepción y comportamiento. La relación que tiene con el período postparto se manifiesta en las consecuencias que traen, sobre todo, durante el primer año tanto del recién nacido. (28)

FACTORES DE PELIGRO Y DE PROTECCIÓN

Hasta el momento, no se ha encontrado algún motivo que manifieste el cuadro clínico de la patología. Los investigadores sostienen que está respaldada en su etiología multifactorial (28). Entre los desencadenantes de mayor relación con la DPP se distinguen los siguientes: Evento de depresión similar anterior, mala relación familiar, inseguridad después de la gestación, apoyo insuficiente durante la maternidad y problemas de todo ámbito en la madre. (28, 29, 30, 31)

Mientras que entre los desencadenantes de menor relación están las malas expectativas de maternidad, enfermedades mentales en familiares, problemas postparto e incluso características de salud y temperamento que desarrollarán en el recién nacido su personalidad. Todo lo presentado anteriormente afecta en menor grado a las pacientes postparto. (21, 32, 33)

Se observa también una relación entre disfunciones tiroideas, cambios hormonales, relación pobre de pareja, problemas económicos que afecten tanto a la madre como al recién nacido, habitar lugares apartados o rurales, problemas para adecuarse a

la maternidad, consumo de tabaco, historial de agresión sexual en la infancia y enfermedades generales de la madre. (21,23, 31, 33)

Existe una teoría respecto al origen de la DPP, que incluye al triptófano y a sus niveles séricos. Se observa que descienden sus valores en la última fase del embarazo, y al comienzo de la fase postparto, cuando se ponen en contraste con pacientes no gestantes. (34)

La serotonina existe gracias al triptófano, que está relacionado a nivel neurológico con la depresión postparto específicamente entre el primer y el segundo día, con un incremento en el suero de las madres. Se manifiesta en las mujeres con un incremento de serotonina en compensación, principalmente con interleucinas 1, 6 y con el PCR, acompañado de una disminución de los factores inhibidores de las propias citocinas. (22, 35, 36)

Esta elevación provoca algunas modificaciones de patrones de conducta. Entre ellos se encuentran el apetito, sueño, actividad sexual y social, niveles de energía, etc. En general una perspectiva relacionada a depresión en las madres. (36)

Los desencadenantes sociales, mentales y de agresión hacen más rápida una respuesta exacerbada de inflamación en las pacientes postparto. Investigaciones nos refieren que muchos de los trastornos, no solo depresivos, son la cúspide del conjunto de estos, con sus respectivos trastornos y dificultades, que llegan a afectar a la pareja y a la tranquilidad emocional. (35)

Las causas son concatenadas, empezando por una inflamación, y luego con un cuadro agudo de depresión, que al mismo tiempo provoca más inflamación. Es así como se establece una importante relación dependiente una de otra. (35)

Se podría evitar el cuadro de la DPP en ciertos casos como por ejemplo mediante la estimulación de un buen desarrollo cognitivo, seguridad en la toma de decisiones y la felicidad de ser madre. Se observa entonces que son cuadros dependientes de la psicología de las pacientes. Si incentivamos lo mencionado podemos pensar en evitar este cuadro con éxito, o encarar tal situación de mejor manera para temas del hogar, temas de educación familiar y multidisciplinarios para no llegar a un cuadro intratable. (21,37)

En la búsqueda de otras maneras de llegar a un cuadro tratable de DPP, podemos pensar en una buena relación madre-hijo desde el primer momento de la lactancia, con efectos positivos no solo a nivel orgánico sino también mental ya no habría tal inflamación ni reagudización, sino una progresiva disminución de la ACTH y NE hasta suprimirse totalmente. Todo sería a favor del recién nacido, pero si se realiza lo opuesto, se puede propiciar un cuadro de DPP. (38)

DIAGNÓSTICO DE LA DPP

Lamentablemente no se diagnostica oportunamente la DPP. Son cuadros no específicos que aparecen desde la gestación y por ende implican un difícil seguimiento. De hecho, pueden empezar las manifestaciones en las primeras semanas, y es en ese momento cuando se les debe explicar a las pacientes que si son tratadas oportunamente tendrán una tranquila etapa postparto.

La confusión del diagnóstico radica en que sólo pueden ser dudas de la nueva etapa que es ser madre. Un gran porcentaje de puérperas pueden presentar insomnio, tristeza, llanto, ansiedad, y el punto máximo de presentación clínica se estima entre el día 3 y 10 luego del parto, por causas naturales y desbalances en muchos valores

por su etapa de madre. Solo podemos realizar seguimiento personal y familiar sin un tratamiento farmacológico de por medio. (19,39)

Los cuadros de depresión son detectados oportunamente con una correcta historia clínica, así es que, si presentan una sintomatología florida entre las semanas 2 y 3 con baja significativa de buen ánimo, anomalías de comportamiento, pensamiento y estilo de vida muy diferente al que estaban acostumbradas, estamos frente a uno. (18)

La gran cantidad de escalas existentes para reconocer síntomas anímicos en mujeres puérperas nos ayudan a evaluar a las pacientes. Entre estos, uno de los mejores instrumentos de tamizaje es la Escala de Depresión de Edimburgo (EDE). (40)

Cabe recalcar que esta escala da una noción del cuadro clínico por intensidad, es decir, brinda confianza para una correcta evaluación. Para un apropiado estudio de la postura de las pacientes en la etapa postparto hay que considerar dos partes.

Una consiste en, una vez estudiada la escala, derivar a los respectivos profesionales mediante cuestionarios de seguimiento en muchas pacientes que tengan la puntuación más crítica. La segunda es conocer el mejor momento para aplicar esta escala que es a las ocho semanas postparto, porque en ellas se manifiesta la mayor facilidad de adhesión a un seguimiento y tratamiento correspondientes. (21)

TRATAMIENTO

Debe ser multidisciplinario involucrado en su aparición y dependerá también de un seguimiento a la madre y al producto para ver sus efectos a largo plazo. Habiendo

muchas formas de valorar la adhesión de las pacientes a sus respectivos tratamientos, pueden aparecer muchas dudas en ellas que serán necesarias despejar antes de iniciar, de lo contrario no serán efectivos. (41, 42)

De forma comparativa se presentan disyuntivas entre el uso o no de los fármacos para tratar el cuadro clínico. Algunos estudios refieren que son recomendables por encima del seguimiento no farmacológico, pero lo que habría que considerarse son los problemas secundarios en el producto, presentando un pilar importante para la decisión de las madres. A pesar de que el uso de fármacos antidepresivos es la mejor alternativa para mejorar la condición clínica, existen estudios donde muestran que intervenciones psicológicas y psicosociales pueden ser mejores alternativas, sobre todo de manera precoz. (42)

Lo que debemos buscar en el tratamiento de la DPP es la recaptación de dopamina, E, NE y otros neurotransmisores más. Para ello existen algunos fármacos de función antidepresiva. Su uso va a estar restringido para niños que aún son amamantados por las madres, debido a que aún se encuentra en etapa de estudio.

Hay fármacos antidepresivos muy usados en la actualidad como los que evitan sólo el atrapamiento de serotonina (ISRS). En un segundo escalón de tratamiento farmacológico encontramos a los tricíclicos (no son los primeros ya que causan somnolencia). (43)

Entre los fármacos que dificultan la absorción de serotonina destacan la paroxetina y la más conocida, sertralina. Cada una dependiente de la medicación y seguimiento de las pacientes, que pueden estar tranquilas puesto que no provocan efectos indeseados en la leche materna. Entre las menos conocidas se encuentran el citalopram, acompañado de fluoxetina con más vida media que las anteriores. Se

emplean menos por posibles consecuencias en los hijos de las pacientes como estreñimiento y cólicos. (44,45)

Teniendo el diagnóstico, las indicaciones del tratamiento deben ser precisas en cuanto a su inicio, dosis, efecto terapéutico y efectos adversos. Es preciso informar a la madre sobre un período de latencia en un inicio de la respuesta farmacológica, que se presentarían entre la semana 2 y 4, durante las que puede seguir tomando la medicación, aún sin presentar sintomatología apreciable. (37,38)

La Sertralina y Paroxetina son ISRS que excitan a los receptores 5-HT₂. Esta estimulación explicaría ciertos efectos adversos presentes en los pacientes como la falta de sueño, problemas de pareja en la intimidad e inestabilidad emocional; asimismo se pueden asociar a pérdida ponderal, cólicos e indigestión (46).

Lo mejor que se puede hacer en casos de pacientes postparto mediatas e inmediatas es empezar con una dosis reducida para evitar cualquier efecto no deseado y, si se diera el caso, suspender su administración. (46)

Una alternativa complementaria al tratamiento farmacológico de la depresión son las intervenciones psicosociales y psicológicas. Ese abordaje tiene beneficios al desaparecer toda inseguridad, y temor en las pacientes sin producir efectos en los niños. A pesar de los resultados, todo depende de la gravedad del cuadro depresivo y de la adhesión al tratamiento, además de ser costosos para las usuarias e incluso para los servicios de salud. (35)

Hipótesis de la investigación

El siguiente estudio, al ser de tipo descriptivo, no plantea hipótesis.

III. METODOLOGÍA

3.1 Diseño metodológico

El presente análisis es observacional, descriptivo, de corte transversal, debido a que la información se obtiene en su estado natural, solo al momento de encuestar a las mujeres puérperas y no se manipulan las variables de estudio. Su tendencia es de tipo cuantitativa y su técnica de contrastación, descriptiva.

3.2 Diseño muestral

Población universo y estudio

El tamaño de nuestra población de mujeres puérperas mediatas del HCFAP es un aproximado de 100. Por ello, no se aplicará ninguna fórmula establecida y se incluirá a la totalidad, debido a que la muestra es bastante reducida ($N = 100$), no se aplicará muestreo en esta investigación. Se incluirá al íntegro por ser pequeña y accesible.

Criterios de elegibilidad

Inclusión: Mujeres puérperas mediatas atendidas en el Hospital Central Fuerza Aérea del Perú que hayan realizado la mayoría de sus controles ahí.

Exclusión: Mujeres puérperas con trastornos de depresión diagnosticadas previamente por un especialista. Mujeres puérperas que no hayan sido atendidas en el Hospital Central Fuerza Aérea del Perú o, luego del parto realizado en otra institución, estén realizando recién sus controles en el HCFAP.

3.3 Técnicas y procedimiento de recolección de datos

Procedimiento de recolección de datos

El análisis se ejecutará en el Hospital Central Fuerza Aérea del Perú durante el horario de atención de las 8:00 a.m. hasta el mediodía. Ante esto, los encuestadores se situarán dentro del consultorio del Servicio de Obstetricia para realizar el trabajo posterior a que termine de realizarse el control de la puérpera.

Posteriormente, se informará a las participantes acerca de la investigación y el propósito del estudio. Luego, se procederá a firmar el consentimiento informado por cada participante en tanto estén dispuestas a formar parte del proyecto, y se aplicará la ficha de recolección de datos donde se le pide su estado civil, edad, grado de instrucción, etc.

Finalmente, debe llenar el Cuestionario de Evaluación a Víctimas de Violencia Intrafamiliar, y la prueba de Edimburgo para el diagnóstico de trastorno depresivo postparto, lo que le tomará máximo 5 minutos por cada encuesta, según lo que la prueba piloto mostrará.

Instrumento

Prueba de Edimburgo

La Escala De Depresión Postnatal de Edimburgo EPDS, creada en centros de salud en Livingston y Edimburgo, se utiliza para ayudar a los médicos y asistentes de salud en la identificación y tamizaje de depresión en mamás que acaban de terminar su periodo de embarazo. Es sencillo de aplicar, breve y ha sido probado, traducido y utilizado en más de 23 países para el mismo propósito. (41)

Consiste en 10 preguntas de corta duración donde la mujer escoge de 4 alternativas cuál es la que más se parece a la forma en la que se sintió la semana pasada y en casos de posibles dudas, lo recomendable es repetir la encuesta luego de 2 semanas. Esta escala no detecta neurosis con ansiedad, fobias o trastornos de personalidad. La mayoría de las mujeres suele terminar la prueba en 5 minutos máximo. (41)

El método de evaluación codifica las respuestas en puntos del 0 al 3 según el orden que se presentan y el nivel de la gravedad. Las alternativas para las preguntas 3, 5, 7, 8, 9,10 se califican en orden inverso de 3 puntos a 0 puntos. La puntuación final es la sumatoria de todos los puntos. Resultados mayores de 10 puntos muestran probabilidad de depresión, mas no su gravedad. En la pregunta 10, cualquier respuesta que no sea el "0", significa que se debe realizar evaluaciones adicionales inmediatamente. (41)

El análisis de validación expuso que las madres con resultados mayores al límite máximo que es 92.3%, tienen mayor probabilidad de sufrir depresión en sus distintos grados de gravedad. (41)

Cuestionario de Evaluación a Víctimas de violencia intrafamiliar

Para valorar el nivel de violencia intrafamiliar psicológica se usará una encuesta realizada por la Secretaría de Estado de Salud Pública y Asistencia Social de República Dominicana, el cual recoge una sucesión de datos referente a víctimas de agresión intrafamiliar, relativo a la conducta de la persona agresora relacionado a la violencia, lo que ayudará a la correcta acción de la justicia en República Dominicana para solucionar estos casos. Está realizado para aplicarse solamente

a víctimas de violencia en adolescentes y adultos, además de personas que solicitan refuerzo para una víctima que puede asistir directamente. (42)

En la unidad V: Diagnóstico de manifestaciones y severidad de la violencia intrafamiliar, se muestran las preguntas que permiten estar al tanto de la conducta de violencia durante un periodo prolongado de tiempo.

Se divide en 3 grupos de violencia: Físico, sexual y psicológico. Cada grupo cuenta con una codificación y los niveles de violencia en que la persona se encuentra dependiendo de sus respuestas. En violencia física la codificación es de 1 a 4 es leve, de 5 a 8 puntos moderada y de 9 a más puntos severa o grave.

En violencia sexual la codificación de 1 a 4 puntos es leve, de 8 puntos es moderada, y a partir de 9 puntos a 12 se considera severa o grave.

Finalmente, en violencia psicológica la codificación del 1 al 10 es leve, de 11 a 20 puntos es moderada y partir de 21 puntos a 30 se considera grave. (42)

3.4 Técnica estadísticas para procesamiento de información.

El estudio de exploración se procesará mediante el examen de datos no creíbles y ausentes según se haya expuesto en la estructura total de la base de datos. Con respecto al análisis univariado, se utilizarán tablas de contingencia para evaluar las variables cualitativas y estas serán mostradas en porcentajes.

Por otro lado, el análisis bivariado constará en la periodicidad entre la variable dependiente: depresión postparto, y las demás variables independientes (edad, nivel educativo, nivel socioeconómico, estado civil, rango militar, violencia psicológica de la pareja).

Para lograrlo, se categorizará la variable dependiente en 0: no tiene depresión y 1: tiene depresión (calculado gracias a la encuesta de Edimburgo, y si es que sobrepasa el punto de corte).

Con respecto al análisis multivariado, se procesarán las variables independientes junto a la variable dependiente y las que concordaron con esta en el análisis bivariado, no siendo parte del objetivo principal, serán erradicadas del registro estadístico. La plataforma para utilizar será el programa estadístico SPSS.

3.5 Aspectos Éticos

Para la ejecución del proyecto, fue puesto a evaluación y autorización por Comité Institucional de Ética e Investigación de la Facultad de Medicina Humana de la Universidad San Martín de Porres, que cuenta con el reconocimiento del Instituto Nacional de Salud.

Para el desarrollo de esta investigación se tuvieron en cuenta los principios básicos de la ética, los cuales son: beneficencia, no maleficencia, principio de justicia y de autonomía.

Asimismo, en razón a que nuestro deber profesional de la salud es promover y velar por la salud y bienestar de las personas, se tuvo en cuenta la declaración de Helsinki adoptado por la 18va Asamblea Médica Mundial y enmendada en Tokio (1975), Venecia (1983) y Hong Kong.

VI. RESULTADOS

Tabla 1. Características sociodemográficas, frecuencia de depresión y de violencia psicológica en mujeres puérperas. Hospital Central Fuerza Aérea del Perú 2022

Variable	N	%
Edad		
16 a 20 años	2	2
21 a 25 años	14	14
26 a 30 años	33	33
31 a 35 años	38	38
36 a 40 años	9	9
41 a 45 años	4	4
Nivel Educativo		
Secundaria completa	7	7
Universitaria o técnica incompleta	23	23
Universitaria o técnica completa	70	70
Nivel Socioeconómico		
Nivel socioeconómico bajo	8	8
Nivel socioeconómico medio	85	85
Nivel socioeconómico medio-alto	7	7
Rango Militar		
Esposo es militar	10	10
Técnicos	40	40
Suboficiales	45	45
Oficiales	5	5
Estado Civil		
Soltera	18	18
Casada	82	82
Depresión		
Si	15	15
No	85	85
Violencia Psicológica de Pareja		
Si presenta	33	33
No presenta	67	67
TOTAL	100	100

Fuente: Elaboración propia

Los resultados en la tabla 1 muestran las características sociodemográficas, el nivel de depresión y de violencia psicológica en las puérperas mediatas, en cuanto a la edad observamos que el 38% tuvieron entre 31 a 35 años. En el nivel educativo podemos observar que la gran mayoría presenta un grado universitario o técnico completo con un 70%.

En cuanto al nivel socioeconómico, se observa que el 85% pertenece a una clase media. En cuanto al rango militar se evidenció que el 45% son suboficiales. En cuanto al estado civil, se observa que el 82% está casada. En cuanto a la depresión, se pudo observar que el 85% no presento ningún nivel de depresión. Finalmente, el 67% no ha sufrido violencia psicológica por parte de su pareja.

Tabla 2. Variables independientes en relación con la depresión postparto en mujeres puérperas. Hospital Central Fuerza Aérea del Perú 2022

Depresión postparto	Si		No	
	N	%	N	%
Edad				
16 a 20 años	0	0	2	2
21 a 25 años	1	1	13	13
26 a 30 años	6	6	27	27
31 a 35 años	6	6	32	32
36 a 40 años	1	1	8	8
41 a 54 años	1	1	3	3
Nivel Educativo				
Secundaria completa	0	0	7	7
Universitaria o técnica incompleta	2	2	21	21
Universitaria o técnica completa	13	13	57	57
Nivel Socioeconómico				
Nivel socioeconómico bajo	3	3	5	5
Nivel socioeconómico medio	12	12	73	73
Nivel socioeconómico medio-alto	0	0	7	7
Rango Militar				
Esposo es militar	0	0	10	10
Técnicos	10	10	30	30
Suboficiales	5	5	40	40
Oficiales	0	0	5	5
Estado Civil				
Soltera	10	10	8	8
Casada	5	5	77	77
Violencia Psicológica de pareja				
Si presenta	8	8	25	25
No presenta	7	7	60	60

Fuente: Elaboración propia

Los resultados en la Tabla 2 muestran las variables independientes en relación con la depresión postparto en mujeres puérperas. En cuanto a la edad podemos observar que 59% de las puérperas entre 26 a 35 años no han presentado depresión postparto. En el nivel educativo, 57% de las mujeres puérperas con grado universitario o técnico completo no han presentado depresión postparto. En el nivel socioeconómico, 73% de mujeres puérperas de clase media no presentan depresión postparto. En el rango militar, 40% de las mujeres suboficiales no presentan depresión postparto. En el estado civil, 77% de mujeres casadas no presentan depresión postparto.

Finalmente, el 60% de puérperas sin signos de depresión postparto no han presentado violencia psicológica por parte de su pareja, frente a un 25% de las puérperas sin signos de depresión postparto que si han presentado violencia psicológica.

Tabla 3. Variables involucradas en la escala de Depresión Postparto de Edimburgo y sus frecuencias en las mujeres puérperas. Hospital Central Fuerza Aérea del Perú 2022

Escala de depresión Post parto de Edimburgo	N	%
Ha sido capaz de reír y ver el lado bueno de las cosas		
Tanto como siempre	62	62
No tanto como siempre	34	34
Mucho menos	4	4
He mirado el futuro con placer		
Tanto como siempre	54	54
Algo menos de lo que solía hacer	41	41
Definitivamente menos	5	5
Me he culpado sin necesidad cuando las cosas no salen bien		
No nunca	23	23
No muy a menudo	31	31
Si, algunas veces	46	46
He estado ansiosa y preocupada sin motivo		
No, nada	19	19
Casi nada	21	21
Si, a veces	59	59
Si, a menudo	1	1
He sentido miedo y pánico sin motivo alguno		
No, nada	48	48
No, no mucho	37	37
Si, a veces	15	15
Las cosas me oprimen o agobian		
No, Nada	32	32
No, casi nunca	51	51
Si, a veces	17	17
Me he sentido tan infeliz que he tenido dificultad para dormir		
No, nada	68	68
No muy a menudo	14	14
Si, a veces	18	18
Me he sentido triste y desgraciada		
No, nada	90	90

Solo en ocasiones	10	10
He sentido tan infeliz que he estado llorando		
No, nunca	81	81
Solo en ocasiones	19	19
He pensado en hacerme daño a mí misma		
No, nunca	98	98
Casi nunca	2	2
Depresión postparto		
No presenta	85	85
Si presenta	15	15
TOTAL	100	100

Fuente: Elaboración propia

La tabla 3 muestra los resultados de la escala de depresión postparto de Edimburgo, en cuanto a la pregunta “he sido capaz de reír y ver el lado bueno de las cosas”, observamos que el 62% contestó tanto como siempre, 34% no tanto como siempre y 4% mucho menos. En cuanto a la pregunta “he mirado el futuro con placer”, podemos observar que el 54% contestó tanto como siempre, 41% algo menos de lo que solía hacer, y 5% definitivamente menos.

En cuanto a la pregunta “me he culpado sin necesidad cuando las cosas no salen bien” observamos que el 23% contesto no nunca, 31% no nunca a menudo y 46% si, algunas veces. Sobre la pregunta “he estado ansiosa y preocupada sin motivo” podemos observar que el 19% contesto no, nada, 51% casi nada, 59% si, a veces y 1% si, a menudo.

Acerca de la pregunta “he sentido miedo y pánico sin motivo alguno” podemos observar que el 48% contestó no, nada, 37% no, no mucho y 15 % si, a veces. En cuanto a la pregunta “las cosas me oprimen o agobian” podemos observar que el 32% contesto no, nada, 51% no, casi nunca y 17% si, a veces. A la pregunta “me he sentido triste y desgraciada” podemos observar que el 90% contestó no, nada y 10% solo en ocasiones.

En cuanto a la pregunta “he sentido tan infeliz que he estado llorando” podemos observar que el 81% respondió no, nunca y 19% solo en ocasiones. A la pregunta “he pensado en hacerme daño yo misma”, el 98% no afirmó que nunca y 2% casi nunca. En torno a la depresión postparto, podemos observar que el 85% no presenta y 15% si presenta.

Tabla 4. Variables involucradas en el cuestionario de Violencia Intrafamiliar Psicológica y sus frecuencias en las mujeres puérperas. Hospital Central Fuerza Aérea del Perú 2022

Cuestionario de violencia intrafamiliar psicológica	N	%
Su pareja le trata con indiferencia o la ignora		
Nunca	68	68
Una vez	12	12
Algunas veces	20	20
Su pareja le acusa que es infiel		
Nunca	99	99
Una vez	1	1
Su pareja controla sus movimientos continuamente		
Nunca	99	99
Algunas veces	1	1
Violencia Psicológica de Pareja		
Violencia psicológica leve	33	33
No presenta violencia	67	67
TOTAL	100	100

Fuente: Elaboración Propia

La tabla 4 muestra los resultados del cuestionario de violencia intrafamiliar psicológica, en cuanto a la pregunta “su pareja le trata con indiferencia o la ignora” observamos que el 68% contestó nunca, 12% una vez y 20% algunas veces. A la pregunta “su pareja le acusa que es infiel” observamos que el 99% contestó nunca y 1% una vez. En torno a la pregunta “su pareja controla sus movimientos continuamente”, observamos que el 99% respondió nunca y 1% algunas veces. Sobre la frecuencia de violencia psicológica por parte de la pareja, observamos que el 67% no presenta violencia psicológica y 33% si presenta violencia psicológica de tipo leve.

V. DISCUSIÓN

Con el objetivo de asociar los datos sociodemográficos con la incidencia de depresión postparto en mujeres puérperas, se observó que el 85% no presentaron depresión postparto, en contra de un 15% que, si han presentado. Entre las puérperas mediatas que no han presentado depresión postparto, 59% de estas mujeres se encuentran entre las edades de 26-35 años, el 57% presenta nivel educativo superior o técnico completo, el 80% presenta nivel socioeconómico medio y medio-alto, el 40% son suboficiales y el 77% están casadas.

Las cifras sobre las edades son similares a Zuazo C. (2022) quien mostró que el 57% de mujeres puérperas sin depresión postparto se encuentran entre las edades de 20 a 34 años. Además, son avaladas por Anticon M. (2023) quien refirió que en su mayoría de puérperas sin depresión postparto (48.4%), predomina las edades más jóvenes entre 22 a 26 años con un 13.7%. Por otro lado, este último contrasta el hecho que tenían nivel educativo superior en un 21%.

Además, las cifras de nivel educativo son respaldadas por Paolantonio M. (2023) quienes señalan que el 76% de mujeres con depresión postparto de la muestra total, tenían niveles de instrucción hasta secundaria completa, mientras que un 24% de mujeres con depresión postparto se encontraban en un nivel de instrucción universitario.

En cuanto a las cifras sobre el estado civil, estas son similares a los hallados por Zuazo C. (2022) quien mostró 58.1% de mujeres casadas sin depresión postparto. Asimismo, estas cifras son respaldadas por Paolantonio M. (2023) que señala que el 88.3% de las mujeres sin depresión postparto (34% de la muestra total) son casadas o tienen conviviente.

En cuanto al nivel socioeconómico, las cifras son avaladas por Limascca N. (2023) quien menciona, entre las puérperas mediatas con depresión postparto, el 51% pertenece a un índice de riqueza pobre o muy pobre. Por otro lado, entre las puerperas mediatas sin ningún grado de depresión, el 45% se encontraba entre un índice de riqueza medio a muy alto.

Asimismo, en cuanto a las dificultades económicas, las cifras son similares a Santiago L. (2023), quien refiere que el 78% de pacientes sin depresión postparto, no presentan dificultades económicas. Por otra parte, el 52% de mujeres con depresión postparto, presenta algún grado de dificultad económica.

Con el objetivo de identificar la incidencia de depresión postparto se encontró que el 85% de las encuestadas no presenta depresión postparto. Los datos pueden ser corroborados por Arauco C. (2020) quien señaló que, según la Escala de depresión postnatal de Edimburgo aplicada, encontró que el 23.6% de las puérperas tuvo depresión postnatal.

Finalmente, con el objetivo de identificar la presencia de violencia psicológica por parte de su pareja y la depresión postparto, se pudo demostrar que el 67% de las encuestadas no presenta ningún tipo de violencia psicológica, de las cuales el 60% tampoco presenta depresión postparto. Estas cifras se asocian a los de Santiago L. (2023) quien menciona que el 89.54% de sus puérperas tamizadas no presentaban ningún grado de violencia psicológica, y el 85.98% de las mismas tampoco presenta depresión postparto. Por otro lado, son cifras contrastadas por Guano A, Jiménez C. (2021), quienes han referido que el 58,6% de su muestra total de puérperas mediatas han sido víctimas de violencia psicológica por su pareja.

VI. CONCLUSIONES

- En cuanto a las características sociodemográficas se pudo demostrar, entre las mujeres puérperas, una predominancia en cuanto al rango de edad de 31 a 35 años, nivel socioeconómico medio, rango militar de suboficial y el estado civil casada.
- Con relación a las encuestadas a las cuales se les aplicó la escala de Edimburgo se pudo apreciar, acorde a las respuestas dadas por las puérperas, y concluir que la gran mayoría no presenta ningún tipo de depresión postparto. Por otra parte, entre las puérperas calificadas con depresión postparto, se asociaron las variables de estado de ansiedad, miedo, infelicidad y culpabilidad a mayor incidencia de depresión postparto.
- En cuanto a las variables relacionadas con la incidencia de depresión postparto en mujeres puérperas, se encontró que, de las mujeres sin depresión postparto, mayormente se encuentran entre las edades de 26-35 años, presentan nivel educativo universitario o técnico completo, nivel socioeconómico medio a medio-alto, rango militar de suboficial, se encuentran casadas y no han presentado violencia psicológica por parte de su pareja.
- En relación con el cuestionario de violencia intrafamiliar psicológica, se pudo concluir-en base a las respuestas dadas por las puérperas postparto-que la mayoría de las encuestadas no presenta violencia psicológica por parte de su pareja.

VII. RECOMENDACIONES

- Los factores protectores son la mejor forma de prevenir y reducir el impacto de la depresión postparto, de propiciar un buen entorno y fortalecer los lazos dentro de la familia; entre ellos se encuentra una edad adulta que implique mayor madurez para poder afrontar un embarazo de forma saludable, tener conocimiento a través de la educación superior y asumir en pareja la decisión de la crianza de sus hijos pues mejora la calidad de vida de estos y contribuye a una mejor relación a futuro.
- El acompañamiento familiar y una sana relación con la pareja son medidas importantes que reducen los niveles de depresión postparto y repercuten en el correspondiente apego con sus hijos. Se necesita de terapia junto a familiares y especialistas para mejorar dichos lazos.
- La depresión postparto se presenta en mujeres puérperas que en su mayoría no presentan factores protectores, es por ello por lo que se requiere del apoyo en conjunto con la familia y la presencia de un especialista para sobrellevar la falta de estos factores.
- Se debe reconocer la depresión postparto para tratarla oportunamente, buscar un rápido accionar y disminuir su impacto en la paciente. Asimismo, podemos detectarla con factores de riesgo que se ocultan en las puérperas como la ansiedad, miedo e infelicidad.

FUENTES DE INFORMACIÓN

1. Berk M, Et Al. So depression is an inflammatory disease, but where does the inflammation come from? BMC Med [Internet]. 2013 [Citado 18 de febrero 2024]; 11: 200. Disponible de: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3846682/#:~:text=A%20range%20of%20factors%20appear,sleep%20and%20vitamin%20D%20deficiency>
2. Borda M, Et Al. Depresión y factores de riesgos asociados en embarazadas de 18 a 45 años asistentes al Hospital Niño Jesús en Barranquilla (Colombia). Sal Uni [Internet]. 2013 [Citado 18 de febrero 2024]; 29 (3) 394-405. Disponible de: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=81730431007>
3. Lartigue T, Et Al. Depresión en la etapa perinatal. Med Grap [Internet] 2008 [citado 18 de febrero 2024]; 22 (2) 111-131. Disponible de: <https://www.medigraphic.com/cgi-bin/new/resumen.cgi?IDARTICULO=21188>
4. Williams J. [Internet]. La depresión durante el embarazo: los signos, síntomas y tratamiento [citado 18 de febrero 2024]; [1 pantalla]. Disponible de: <https://americanpregnancy.org/es/healthy-pregnancy/pregnancy-health-wellness-healthy-pregnancy/depression-during-pregnancy/>
5. Bao A, Et Al. Prevalencia de depresión durante la gestación. Rev Neu Psiqu [Internet]. 2010 [citado 18 de febrero 2024]; 73 (3): 95-103. Disponible de: <https://www.redalyc.org/pdf/3720/372036931006.pdf>
6. J., R. V. (2016). Recuperado el 15 de 04 de 2019, de CRIMINA: <http://crimina.es/crimipedia/wp-content/uploads/2016/10/Violencia-intrafamiliar.-Juan-Ruiz-Varea.pdf>
7. OMS. (s.f.). Recuperado el 15 de 04 de 2019, de Organización Mundial de la Salud: <http://apps.who.int/mediacentre/factsheets/fs239/es/index.html>
8. Vargas H. Violencia contra la mujer infligida por su pareja y su relación con la salud mental de los hijos adolescentes. Rev Med Her [Internet]. 2017 [citado 18 de febrero 2024]; 78 (1): 48. Disponible de: <https://revistas.upch.edu.pe/index.php/RMH/article/view/3074>

9. Virginia C., María C., Emilio R., Julia S. Impacto de la depresión postparto en el vínculo afectivo. Rev. Intersiquis [Internet]. 2023 [citado 18 de febrero 2024]; Disponible de: <https://psiquiatria.com/congresos/pdf/1-10-2022-4-pon116.pdf>
10. Gobierno Regional de Piura. Resolución Directoral N.º 709-2021: Protocolo de apego en parto vaginal/cesárea electiva en neonatos atendidos en el hospital de apoyo II-1 Nuestra Señora de las Mercedes-Paita: Ministerio de Salud, Perú; 2021
11. Zuazo C. Factores asociados a la depresión postparto en puérperas atendidas en el Hospital Santa María del Socorro 2022 [Internet]. Perú: Universidad Privada San Juan Bautista [Citado 03 de abril 2024]. Disponible en: <https://repositorio.upsjb.edu.pe/bitstream/handle/20.500.14308/4396/T-TPMCZUAZO%20UVIDIA%20CESYBELL%20FIORELLA.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
12. Limascca N. Factores asociados a sintomatología de depresión postparto en puérperas de edad fértil en el Perú: Subanálisis de la ENDES 2021 [Internet]. Universidad Nacional Federico Villareal [Citado 03 de abril 2024]. Disponible en: https://repositorio.unfv.edu.pe/bitstream/handle/20.500.13084/7897/UNFV_FM_HU_Limascca_Gutierrez_Nataly_Deisi_Titulo_profesional_2023.pdf?sequence=1&isAllowed=y
13. Anaya D. Relación entre la violencia familiar y la depresión en gestantes adolescentes del Centro de Salud San Juan Bautista 2019 [Internet]. Perú: Universidad Nacional de San Cristóbal de Huamanga [Citado 18 de febrero 2024]. Disponible en: <https://revistas.unsch.edu.pe/index.php/investigacion/article/view/417>
14. Lozano A. Grados de disfuncionalidad familiar asociado a depresión postnatal en puérperas del Hospital Nacional Hipólito Unanue durante el año 2019 [Internet]. Perú: Universidad Ricardo Palma [Citado 18 de febrero 2024]. Disponible en: https://repositorio.urp.edu.pe/bitstream/handle/20.500.14138/2976/TESIS_ARAUCO%20LOZANO.pdf?sequence=1&isAllowed=y

15. Anticona M. Depresión posparto en puérperas atendidas en el hospital Santiago apóstol de Utcubamba [Internet]. Perú: Universidad Politécnica Amazónica [Citado 18 de febrero 2024]. Disponible en: https://repositorio.upa.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12897/428/Tesis_Anticona_Taboada_Miriam_Mirely.pdf?sequence=1&isAllowed=y
16. Santiago-Sanabria Leopoldo, Ibarra-Gussi Pamela María, Rendón-Macías Mario Enrique, Treviño-Villarreal Paulina, Islas-Tezpa David, Porrás-Ibarra Gina Daniela et al. Depresión posparto: prevalencia y factores de riesgo asociados en una muestra de población mexicana. *Ginecol. obstet. Méx.* [revista en la Internet]. 2023 [citado 2024 Abr 03]; 91(4): 227-240. Disponible en: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0300-90412023000400002&lng=es. Epub 31-Ago-2023. <https://doi.org/10.24245/gom.v91i4.8456>.
17. Fernandes-Moll Marciana, Matos Aldo, Beirigo-Borges Giovanna, Arena-Ventura Carla Aparecida, Pires-Bernardinelli Fabiana Cristina, da Silva-Martins Tayná. Ocurrencia y factores asociados con la depresión posparto en un área urbana de Brasil. *Enferm. glob.* [Internet]. 2023 [citado 2024 Abr 03]; 22(69): 134-166. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1695-61412023000100005&lng=es. Epub 20-Mar-2023. <https://dx.doi.org/10.6018/eglobal.525191>.
18. Guano A, Jiménez C. Factores de riesgo que influyen en la depresión postparto en adolescentes [Internet]. Ecuador: Universidad de Guayaquil [Citado 18 de febrero 2024]. Disponible en: <https://repositorio.ug.edu.ec/items/c893085b-be5c-4f07-a265-b0536303491c>
19. Paolantonio M, Victoria M, Eugenia A. Incidencias de la depresión postparto y factores de riesgo asociados en madres Cordobesas (Argentina). *Rev Psi* [Internet]. 2023 [citado 18 de febrero 2024]; 22 (2). Disponible de: <https://revistas.unlp.edu.ar/revpsi/article/view/14848>
20. Gonzales Z. Funcionalidad familiar y depresión posparto en adolescentes adscritas a la unidad de medicina familiar N 9 de Puerto Peñasco, Sonora [Internet]. México: Universidad Nacional Autónoma de México [Citado 18 de febrero 2024]. Disponible en:

- <https://ru.dgb.unam.mx/bitstream/20.500.14330/TES01000816230/3/0816230.pdf>
21. Field T. Postpartum depression effects on early interactions, parenting, and safety practices: A review. *Infant Behav Dev.* 2010;33(1):1-6.
 22. Dennis C, McQueen K. The relationship between infant-feeding outcomes and postpartum depression: A qualitative systematic review. *Pediatrics* [internet]. 2009 [consultado el 15 de mayo de 2021];123(4):736-51. Disponible en: <http://pediatrics.aappublications.org/content/123/4/e736.full>
 23. Grote V, Vik T, von Kries R, Luque V, Socha J, Verduci E, et al. Maternal postnatal depression and child growth: A European cohort study. *BMC Pediatrics* [internet]. 2010 [[consultado el 15 de mayo de 2021];10(14). Disponible en: <http://www.biomedcentral.com/content/pdf /1471-2431-10-14.pdf>
 24. Schwartz K, D'Arcy H, Gillespie B, Bobo J, Longeway ML, Foxman B. Factors associated with weaning in the first 3 months postpartum. *J Fam Pract.* 2002; 51(5):439-44
 25. Ministerio de Salud. Guía clínica: Tratamiento de personas con depresión. Santiago: Ministerio de Salud, Chile; 2009.
 26. Carro T, Sierra JM, Hernández M J, Ladrón E, Antolín E. Trastornos del estado de ánimo en el postparto *Medicina General y de Familia* [internet]. 2000 [consultado el 15 de mayo de 2021]; 24:452-6. Disponible en: <http://www.medicinageneral.org/mayo-2000/452-456.pdf>
 27. Cox JL, Holden JM, Sagovsky R. Detection of postnatal depression: Development of the 10-item Edinburgh Postnatal Depression Scale. *Br J Psychiatry.* 1987; 150:782–786.
 28. National Health and Medical Research Council. Postnatal depression. A systematic review of published scientific literature to 1999. Canberra: National Health and Medical Research Council; 2000.
 29. Yim I, Glynn L, Dunkel-Schetter C, Hobel C, Chicz-DeMet A, Sandman C. Risk of postpartum depressive symptoms with elevated corticotropin-releasing hormone in human pregnancy. *Arch Gen Psychiatry.* 2009;66(2):162-9.

30. Hamdan A, Tamim H. Psychosocial risk, and protective factors for postpartum depression in the United Arab Emirates. *Arch Womens Men Health*. 2011;14(2):125-33.
31. McCoy S, Beal M, Shipman S, Payton M, Watson G. Risk factors for postpartum depression: A retrospective investigation at 4-weeks postnatal and a review of the literature. *JAOA*. 2006;106(4):193-8.
32. Paulson J, Bazemore S. Prenatal and postpartum depression in fathers and its association with maternal depression: A meta-analysis. *JAMA*. 2010;303(19):1961-9.
33. Beck C. Predictors of postpartum depression: an update. *Nurs Res*. 2001;50(5):275-85.
34. Stein, G., Milton, F., Bebbington, P., Wood, K., Coppen, A., 1976. Relationship between mood disturbances and free and total plasma tryptophan in postpartum women. *Br. Med. J.* 2, 457.
35. Kendall-Tackett K. A new paradigm for depression in new mothers: The central role of inflammation and how breastfeeding and anti-inflammatory treatments protect maternal mental health. *International Breastfeeding Journal* [internet]. 2007 [consultado el 15 de mayo de 2021];2(6). Disponible en: <http://www.internationalbreastfeedingjournal.com/content/2/1/6>
36. Maes M, Ombelet W, Verkerk R, Bosmans E, Scharpé S. Effects of pregnancy and delivery on the availability of plasma tryptophan to the brain: Relationships to delivery-induced immune activation and early post-partum anxiety and depression. *Psychol Med*. 2001;31(5):847-58.
37. Ege E, Timur S, Zincir H, Geçkil E, Sunar-Reeder B. Social support, and symptoms of postpartum depression among new mothers in Eastern Turkey. *J Obstet Gynaecol Res*. 2008;34(4):585-93.
38. Groër M, Davis M. Cytokines, infections, stress, and dysphoric moods in breastfeeders and formula feeders. *J Obstet Gynecol Neonatal Nurs*. 2006;35(5):599-607.
39. National Health and Medical Research Council. Postnatal depression. Not just a Baby Blues. Canberra: National Health and Medical Research Council; 2000.

40. Alvarado Esquivel C, Sifuentes Álvarez A, Salas Martínez C, Martínez García S. Validation of the Edinburgh Postpartum Depression Scale in a population of puerperal women in Mexico. *Clin Pract Epidemiol Men Health* 2006; 2:33.
41. Castañón C, Pinto J. Mejorando la pesquisa de depresión posparto a través de un instrumento de tamizaje, la escala de depresión posparto de Edimburgo. *Rev méd Chile*. 2008;136(7):851-8.
42. Dennis C, Hodnett E. Psychosocial and psychological interventions for treating postpartum depression. *Intervenciones psicosociales y psicológicas para el tratamiento de la depresión posparto*. Cochrane Database of Systematic Reviews 2007, Issue 4. Base de Datos Cochrane de Revisiones Sistemáticas [internet]. 2007 [consultado el 15 de mayo de 2021] (4). Disponible en: <http://www.updatesoftware.com/BCP/BCPGetDocument.asp?DocumentID=CD006116>
43. Burt V, Suri R, Altshuler L, Stowe Z, Hendrick V, Muntean E. The use of psychotropic medications during breast-feeding. *Am J Psychiatry*. 2001;158(7):1001-09.
44. Gentile S. Use of contemporary antidepressants during breastfeeding: A proposal for a specific safety index. *Drug Saf*. 2007;30(2):107-21.
45. Lanza di Scalea T, Wisner K. Antidepressant Medication Use during Breastfeeding. *Clin Obstet Gynecol*. 2009;52(3):483-97.
46. Wisner K, Hanusa B, Perel J, Peindl K, Piontek C, Sit, D, et al. Postpartum depression: A randomized trial of sertraline versus nortriptyline. *J Clin Psychopharmacol*. 2006;26(4):353-60. Stein, G., Milton, F., Bebbington, P., Wood, K., Coppen, A., 1976. Relationship between mood disturbances and free and total plasma tryptophan in postpartum women. *Br. Med. J.* 2, 457.

ANEXOS

Anexo 1: Matriz de consistencia

Título de la investigación: FACTORES PROTECTORES SOCIODEMOGRÁFICOS EN LA INCIDENCIA DE DEPRESIÓN POSTPARTO EN PUÉRPERAS MEDIATAS DEL HOSPITAL CENTRAL FUERZA AÉREA DEL PERÚ EN EL SEGUNDO SEMESTRE DEL AÑO 2022

Pregunta de investigación	Objetivos	Tipo y diseño del estudio	Población de estudio y procesamiento de datos	Instrumento de recolección
¿Cuáles son los factores protectores sociodemográficos en la incidencia de depresión postparto en puérperas mediatas del Hospital Central Fuerza Aérea del Perú (HCFAP) en el segundo semestre del año 2022?	<p>Objetivo Principal:</p> <p>Determinar los factores protectores sociodemográficos en la incidencia de depresión postparto en puérperas mediatas del HCFAP en el segundo semestre del 2022</p>	El tipo de estudio es Observacional Descriptivo de Corte Transversal	Población de estudio: Mujeres puérperas mediatas del Hospital Central Fuerza Aérea del Perú	<p>Prueba de Depresión Postparto de Edimburgo para diagnosticar la depresión postparto y el Cuestionario de Evaluación a Víctimas de violencia intrafamiliar para notificar violencia doméstica</p>
	<ul style="list-style-type: none"> • Establecer relación entre la edad, nivel educativo, nivel socioeconómico y estado civil con la incidencia de depresión postparto. • Determinar la frecuencia de depresión postparto en puérperas mediatas en el HCFAP • Determinar la frecuencia de violencia psicológica por parte de la pareja en puérperas mediatas en el HCFAP 		<p>Procesamiento de datos: Se realizará un acercamiento para informar a las participantes acerca de la investigación y el propósito del estudio. Consiguientemente, se procederá a firmar el consentimiento informado por cada participante en tanto estén dispuestas a formar parte del proyecto y se les entregará las encuestas correspondientes.</p>	

Autores:

- Gonzales Cruzado, Franklin Nolberto
- Gonzales Hinojosa, Harold Sebastián

Asesor: Gutiérrez Ingunza, Ericson Leonardo

Anexo 2: Operacionalización de variables

Variable	Definición	Tipo por naturaleza	Indicador	Escala de medición	Categorías	Medio Verificador
Depresión postparto	Episodio de depresión mayor luego del embarazo	Cualitativa	Presencia de síntomas depresivos de acuerdo con la escala de Edimburgo	Nominal	0: Sin probabilidad de depresión	Escala de Depresión Postnatal de Edimburgo
					1: Con probabilidad de depresión	
Edad	Tiempo que ha vivido una persona desde el momento que nace	Cuantitativa	Fecha de nacimiento declarado en el autoreporte	De razón	1 al 100	Autoreporte
				Ordinal	Niña: < 15	
					Adolescente: De 15 a 17	
Grado de estudios	Grado más elevado de estudios realizados o en curso	Cualitativa	Constancia de estudios o por declaración por la persona	Ordinal	3: Primaria completa	Autoreporte
					2: Secundaria completa	
					1: Bachillerato	
					0: Licenciatura	
Nivel socioeconómico	Medida total a nivel social y económica	Cualitativa	Perfil de ingreso anual o por declaración por la persona	Ordinal	2: Clase baja	Autoreporte
					1: Clase media	
					0: Clase alta	

Rango militar	Sistema de jerarquía para determinar la escala de mando	Cualitativa	Constancia militar o por declaración por la persona	Ordinal	3: Esposo es militar	Autoreporte
					2: Técnicos	
					1: Suboficiales	
					0: Oficiales	
Estado civil	Condición del individuo acorde a su situación de pareja	Cualitativa	Documento Nacional de Identidad o por declaración por la persona	Ordinal	3: Viudas/Divorciadas	Autoreporte
					2: Soltera con conviviente	
					1: Casada	
Violencia Psicológica	Acción de una persona que arremete de forma verbal hacia un miembro de su familia ocasionándole un daño psicológico o emocional	Cualitativa	Reporte de actos psicológicos agresivos declarados por la persona	Ordinal	0: No sufre violencia psicológica	Cuestionario de Evaluación a Víctimas de Violencia Familiar
					1: Sufre violencia psicológica leve	
					2: Sufre violencia psicológica moderada	
					3: Sufre violencia psicológica severa	

Anexo 3: Consentimiento informado

TITULO DEL PROYECTO: VIOLENCIA FAMILIAR Y DEPRESIÓN POSTPARTO EN PUÉRPERAS MEDIATAS DEL HOSPITAL CENTRAL FUERZA AEREA DEL PERÚ EN EL SEGUNDO SEMESTRE DEL AÑO 2022

Estimada participante:

Se está realizando un estudio de investigación a fin de conocer la prevalencia entre violencia familiar y depresión postparto en mujeres puérperas mediatas de este hospital (HOSPITAL CENTRAL FUERZA AEREA DEL PERÚ). Antes de decidir su participación, por favor le pedimos preste atención y lea detenidamente esta información.

¿Cuál es el propósito y procedimiento de investigación?

Los investigadores a cargo de este estudio son Franklin Gonzales Cruzado y Harold Gonzales Hinostroza. El objetivo principal de este proyecto consiste en identificar la frecuencia de la violencia familiar y la depresión postparto en mujeres puérperas mediatas que han dado a luz en el Hospital Central Fuerza Aérea del Perú durante el segundo semestre del año 2022

¿Cuáles son los beneficios de la investigación?

El presente trabajo de investigación permitirá conocer el porcentaje de mujeres puérperas mediatas que han desarrollado depresión postparto, producto de una posible violencia familiar, y permitirá conocer los determinantes más relacionados. La beneficiará de manera especial ya que ante ello se podría implementar programas o actividades dirigidas a identificar la depresión postparto y tratarlo oportunamente.

¿Cuáles son los derechos del participante y cuál es el nivel de confidencialidad de la investigación?

Su participación en este estudio es completamente voluntaria. Tiene el derecho de decidir si desea participar o no, y puede retirarse en cualquier momento sin que esto afecte su relación con los investigadores. Únicamente los investigadores Franklin Gonzales Cruzado y Harold Gonzales Hinostroza tendrán acceso a la información proporcionada para fines del estudio.

¿Me costará participar de esta investigación?

Esta investigación no originará ningún costo para usted.

¿A quién puedo recurrir para preguntar acerca de alguna duda o queja?

Usted podrá recurrir a los investigadores principales: Franklin Gonzales Cruzado – Harold Gonzales Hinostroza, a los teléfonos: 983459693 – 951547371, a los correos: franklin_gonzales@usmp.pe – harold_gonzales@usmp.pe; asimismo si siente que sus derechos son vulnerados puede contactarse con el presidente actual del Comité Institucional de Ética en Investigación de la USMP, el Dr. Amador Vargas Guerra al teléfono 495-1390 (anexo 160), al correo electrónico ética_fmh@usmp.pe , o acercarse al Comité Institucional de Ética en Investigación de la USMP (CIEI) localizado en Av. Alameda del Corregidor 1531, Urb. Los Sirios III etapa – La Molina, Lima.

¿Cuáles son mis derechos como participante en este estudio?

Su participación en esta investigación será completamente voluntaria y anónima. En cualquier momento, puede optar por finalizar la entrevista, negarse a responder alguna pregunta o decidir no continuar participando en el estudio sin perder ningún derecho o beneficio como paciente de este hospital.

DECLARACIÓN DE INFORME DE CONSENTIMIENTO

Por lo tanto, quiero expresar que he sido informada sobre el propósito del CONSENTIMIENTO INFORMADO, así como sobre los objetivos del estudio, y confío plenamente en que la información proporcionada en el instrumento será utilizada únicamente para los fines de la investigación mencionada. Además, doy mi consentimiento para participar voluntariamente en este estudio de investigación.

Nombre de la participante

Firma

Fecha