



**UNIVERSIDAD CÉSAR VALLEJO**

**FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD**

**ESCUELA PROFESIONAL DE MEDICINA**

Prevalencia y factores relacionados a depresión postparto en púerperas en la región de Latinoamérica. Revisión sistemática

**TESIS PARA OBTENER EL TÍTULO PROFESIONAL DE:**

**Médico Cirujano**

**AUTORA:**

Castrat Chapilliquen, Leonor Elizabeth ([orcid.org/0000-0002-2165-5538](https://orcid.org/0000-0002-2165-5538))

**ASESOR:**

Dr. Bendezu Quispe, Guido Jean Pierre ([orcid.org/0000-0002-5140-0843](https://orcid.org/0000-0002-5140-0843))

**LÍNEA DE INVESTIGACIÓN:**

Salud mental

**LÍNEA DE RESPONSABILIDAD SOCIAL UNIVERSITARIA:**

Promoción de la Salud, Nutrición y Salud Alimentaria

**TRUJILLO – PERÚ**

**2023**

## DEDICATORIA

Ante todo, agradezco a Dios por darme la oportunidad de estar aquí, de poder gozar de buena salud y estar al lado de las personas que más amo.

Esta revisión está destinada a mi familia, sobre todo a mis padres y a mi esposo, por estar siempre conmigo ante las adversidades y por siempre brindarme su amor incondicional.

A mi hijo, que es lo mejor que tengo y por ser el motivo para superarme diariamente sin rendirme ante los obstáculos.

Y a mis amigos más cercanos por ser mi fuente de apoyo.

## **AGRADECIMIENTO**

A mis padres por brindarme la educación necesaria para convertirme en una excelente profesional.

A mi hijo Liam por ser el motor y motivo de mi trabajo de investigación.

A mi esposo, Martín Enrique Vera por ser el más grande apoyo de mi vida y por ser el mejor amigo que siempre me da ánimos para salir adelante.

A mis maestros y asesores por ser un pilar fundamental, por los consejos que me brindaron durante la carrera y sobre todo para este trabajo de investigación.

¡Gracias!

## ÍNDICE DE CONTENIDOS

Dedicatoria.....	ii
Agradecimiento.....	iii
Índice de Contenidos .....	iv
Resumen .....	v
Abstract.....	vi
I. INTRODUCCIÓN.....	6
II. MARCO TEÓRICO.....	8
III. METODOLOGÍA.....	17
3.1. Tipo y diseño de investigación.....	17
3.2. Variables y Operacionalización de variables.....	17
3.3. Población, muestra y muestreo.....	17
3.4. Técnicas e instrumentos de recolección de datos.....	17
3.5. Procedimientos.....	18
3.6. Métodos de análisis de datos.....	18
3.7. Aspectos éticos.....	18
IV. RESULTADOS.....	19
V. DISCUSIÓN.....	22
VI. CONCLUSIONES.....	24
VII. RECOMENDACIONES.....	24
REFERENCIAS .....	30
ANEXOS	

## RESUMEN

Este documento de revisión sistemática tuvo como **Objetivo** determinar la prevalencia y factores asociados de depresión postparto en mujeres de América Latina en el año 2022. Se revisaron artículos científicos de bases de datos como: EbscoHost, ClinicalKey, Scielo, PubMed, ScienceDirect y Google Scholar. En cuanto a la **Metodología**, se usó la PRISMA, se identificaron 40 artículos, excluyéndose 20, por estar duplicados y al final seleccionando solo 20 para el análisis. A los documentos seleccionados se aplicaron criterios de inclusión y exclusión, y solo aquellos que cumplían con todo se tomaron en cuenta para realizar la revisión sistemática. Los artículos se evaluaron con el método JBI (joanna briggs institute). **En conclusión**, se encontró que, en Latinoamérica, los países con más prevalencia de DPP fueron México con (64,7%) y Perú (50.9%) y los factores asociados fueron: Sociodemográficos, los obstétricos y mentales.

**Palabras clave:** Depresión postparto, Factores de riesgo, Sociodemográficos, Obstétricos.

## **ABSTRACT**

This systematic review document aimed to determine the prevalence and associated factors of postpartum depression in Latin American women in the year 2022. Scientific articles from databases such as: EbscoHost, ClinicalKey, Scielo, PubMed, ScienceDirect and Google Scholar were reviewed. Regarding the Methodology, the PRISMA was used, 40 articles were identified, excluding 20, because they were duplicates and, in the end, only 20 were selected for analysis. Inclusion and exclusion criteria were applied to the selected documents, and only those that met everything were taken into account to carry out the systematic review. The articles were evaluated using the JBI (Joanna Briggs Institute) method. In conclusion, it was found that in Latin America, the countries with the highest prevalence of PPD were Mexico with (64.7%) and Peru (50.9%) and the associated factors were: Sociodemographic, obstetric and mental.

**Keywords:** Postpartum Depression, Risk Factors, Sociodemographic, Obstetric.

## **I. INTRODUCCIÓN:**

La gestación es una etapa donde la mujer experimenta y atraviesa momentos que convierten su vida completamente. Las madres gestantes, pasan por toda variedad de cambios, desde anatómicos, mentales, hormonales y sobre todo psicológicos. Es aquí, donde aparece uno de los mayores problemas que atraviesan luego del parto, que se conoce como “Depresión postparto” (1).

La depresión postparto (DPP) o también conocida como depresión perinatal, es un trastorno anímico que afecta a las jóvenes durante la etapa gestacional. La depresión perinatal es aquella que inicia durante la gestación (Depresión prenatal) y empieza posterior al alumbramiento (depresión postparto) (2). Esta enfermedad presenta una prevalencia del 15% a nivel mundial, el cual es un grave problema afectivo-mental. En la 5ta edición (DSM-5), del Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos mentales, está incluida como “trastorno depresivo durante el periodo perinatal” (3).

La OMS, menciona que, para este siglo, la DPP aparecerá en el ranking como el segundo lugar de discapacidad y mortalidad ginecológica en el mundo, ya que se registró un aumento notable de la sintomatología en países de Sur América y mundialmente. Alrededor del 13% del sexo femenino muestran dicha clínica lo cual nos da a entender que es una problemática bastante habitual pero limitada en su diagnóstico e investigación (4).

Luego del puerperio, es la complicación psicológica más frecuente, impactando alrededor de un 10 a 15% y la prevalencia es superior un 26% en mujeres adolescentes. El cuadro comienza entre las primeras 4 semanas y 6 meses postparto y se puede extender desde semanas a meses (5).

En estudios realizados de mujeres latinas provenientes de México y Estados Unidos la DPP, tuvo una prevalencia de un 56% durante los

primeros 4 meses. En países de Latinoamérica, sobre todo en el Perú, se realizaron estudios en Lima en el Hospital Dos de Mayo, donde se concluyó que la prevalencia de puérperas, evaluadas con la Escala de depresión postnatal de Edimburgo (EPDS), fue de 34% así como del Hospital Cayetano Heredia (Lima), se encontró un 31.46% (6).

La DPP, se asocia clínicamente con cambios psicológicos y modificaciones biológicas, incluidos emociones tristes, niveles de fatiga altos, alteraciones durante la siesta y compromiso anatómico del eje hipotálamo - hipófisis – adrenal, encargada de secretar la hormona, que es imprescindible para manejar estados estresantes, llamada cortisol. Aun cuando los síntomas se desarrollan después del parto, las mujeres que luego desarrollan la afección, tendrán clínicamente alteraciones psicológicas durante el embarazo (síntomas como ansiedad, hipocondría, depresión, y estrés propio de la gestación), además de grados altos de cortisol a partir de los tres primeros meses (7).

Como hemos visto, los datos acerca de la prevalencia de DPP son altos, y en países como Latinoamérica, en vías de desarrollo, causan gran preocupación debido a la falta de interés y/o desarrollo de programas o planes que contrarresten las cifras, por lo que es necesario poner énfasis en esta enfermedad y los factores que la desarrollan, por ende, se debe vigilar en todo momento la gestación, el periodo perinatal y post nacimiento (8).

En la presente investigación se expone como interrogante ¿Cuál es la prevalencia y factores relacionados a DPP en puérperas en la región de Latinoamérica? Como objetivo general planteado se tiene determinar la prevalencia DPP en América Latina y sus factores asociados, y como específicos: Distinguir a las puérperas según las características sociodemográficas, obstétricas y psicológicas, reconocer los factores de riesgo más prevalentes para DPP y evaluar la calidad de los documentos seleccionados.

## II. MARCO TEÓRICO:

Históricamente, se encontraron algunos relatos en los manuscritos de personajes como Hipócrates (469-337 a.c), de J. Rodríguez de Castelo Branco (1511-1568) y Luis de Mercado (1531-1611). En los siglos XVI-XVII, se asoció la depresión perinatal con el filicidio, y a inicios del siglo XX, ya se tenía conocimiento que los síntomas de depresión se lograban presentar antes, durante o después del embarazo. En el siglo XX, la tristeza, psicosis y melancolía formaban parte de la DPP, sin embargo, en la actualidad se consideran afecciones diferentes (9).

La depresión prenatal, se define por la OMS, como el nacimiento de un episodio depresivo mayor durante la gestación o los primeros 12 meses postparto. La etapa de depresión perinatal abarca alrededor de 3 meses y 3 periodos postparto (0 a < 4 semanas,  $\geq 4$  a < 8 y  $\geq 8$  semanas) (10).

Durante y después del periodo perinatal y postparto los trastornos que pueden ocurrir son: La tristeza post parto, la depresión y la psicosis; Es importante diferenciar cada una de ellas, ya que pueden llegar a impactar en la salud materna. La DPP es la patología psiquiátrica mundial más usual en el transcurso del puerperio, y se presenta sobre todo en féminas cuya posibilidad de desarrollo se amplía en el transcurso del embarazo y puerperio (11).

Míguez M, et al (Brasil 2018), este estudio analizó la presencia de DPP y las variables asociadas, con una muestra de 99 féminas, valoradas durante la gestación y a las 6-8 semanas postparto. Se usaron escalas como El Test de Edimburgo y la del Estado del Inventario de ansiedad estado-rasgo. Se obtuvieron cifras de DPP que indicaron el 22.2%. Las jóvenes con

escasos años de formación ( $p=0.047$ ), que no laboraban ( $p=0.017$ ), con mayores síntomas depresivos en la gestación ( $p \leq 0.01$ ) y superior estado ansioso ( $p \leq 0.01$ ) fueron las que obtuvieron superior porcentaje de DPP. El principal factor fue el de padecer depresión ( $OR = 17.50$ ) en el transcurso de la gestación. Estos resultados confirmaron la relevancia de valorar los factores de riesgo psicosociales y controlar regularmente el embarazo (12).

Gaviria S, et al (Colombia 2019), realizó una investigación de tipo transversal descriptiva, con 11 registros de mujeres gestantes o que se encontraban en el periodo de postparto inmediato, entre 13 y 45 años, se empleó el Test de Edimburgo  $\geq 12$  puntos, y se examinó la posible relación con los factores de riesgo psicosociales. El hallazgo más importante fue la prevalencia de síntomas depresivos con 22.36%, con los subsecuentes factores: Término del nexo conyugal ( $OR=6.26$ ,  $IC:95\%$ , 1.91-20.49), problemas económicos graves ( $OR=6.61$ ,  $IC:95\%$ , 1.86-23.45), fallecimiento de un familiar ( $OR=3.79$ ,  $IC:95\%$ , 1.12-12.74). En esta investigación 1 de 4 jóvenes había terminado con el novio y poseía dificultades financieras durante el embarazo, y 1 de cada 10 había experimentado el fallecimiento de un miembro de su familia. En conclusión, los síntomas de DPP en mujeres de este grupo, se relacionan definitivamente con condiciones de riesgo psicosocial (13).

Meléndez M, et al (Venezuela 2019), en su estudio mencionó que el 13% de mujeres de América Latina padecían de DPP. Se analizó la prevalencia

del 34.46% (204 mujeres) a través del empleo del Test de Edimburgo. La muestra fue constituida por 592 personas que se presentaron en el servicio de hospitalización. Los causantes de riesgo más comunes, resultaron ser el desempleo, las dificultades obstétricas, el estado social y el embarazo no deseado; de las 204, el 75% sí presentaron FR, con una correlación de  $p=0.2467 > 0.05$  y  $p=0.4935 > 0.05$ . El grupo de adolescentes representó el 16.89%, las adultas el 17.57%, multíparas 22.13%, primíparas 12.33%. En conclusión, estos factores de riesgo se asocian a DPP, pero no existe una relación directa con el desarrollo de la patología (14).

Zeballos E, et al (Perú 2020), llevó a cabo un análisis de diseño transversal, observacional y prospectivo el cual evaluó a 288 pacientes en etapa puerperal de un hospital nivel III de edades entre 16 y 44 años ( $M=30.4$ ,  $DE=5.9$ ), aproximadamente en su totalidad era conviviente 45.8% o casada 44.4%. Se utilizó el Test de Edimburgo y el índice de violencia de pareja. Los factores relacionados con mucho más de probabilidad de DPP fueron las disputas conyugales ( $RP:2.52$ ,  $IC: 95\%$ ,  $P<0.001$ ) y la existencia de agresión física ( $RPa:1.92$ ,  $IC: 95\%$ ,  $P=0.002$ ). En conclusión, la proporción de jóvenes que presentaron DPP fue del 27.8% (15).

Vallecampo A. (El Salvador, 2021) llevó a cabo este estudio de tipo correlacional, transversal y prospectivo, donde analizó los factores de riesgo sobre DPP en las primeras 24 horas luego del parto por vía vaginal o abdominal con población de puérperas de todas las edades. El tamaño de la muestra fue de 180 jóvenes en el puerperio inmediato que obedecieron con los criterios de evaluación. Se determinó una prevalencia de DPP del 44.4%. El factor de riesgo para depresión postparto más frecuente fue de féminas sin compromiso el 63.7%, natural del área rural 60%, ( $OR=3.67$ ,  $IC=1.97-6.84$ ) el ambiente familiar con violencia el 65%, ( $OR=16.71$ ,  $IC=7.52-37.15$ ) sin redes de apoyo social con 61.3%, mujeres sin MAC 50% y quienes no habían planificado su embarazo 70%. Por lo tanto, se concluye que los determinantes sociales y psicológicos se relacionan más que los biológicos (16).

López R, et al (México 2022), realizó una investigación de tipo observacional, analítico y transversal realizado en mujeres atendidas en el Hospital Dr. José Eleuterio González de febrero a mayo 2021, después de 24 a 48 horas de puerperio. Se aplicó la Escala de Edimburgo con cribado positivo > 10. Se compararon 2 grupos: Pacientes con test COVID-19 + y las que no. Se estudiaron en total 116 pacientes, 56 positivos y 60 sin antecedentes de enfermedad. La prevalencia de depresión resultó del 15% y los factores relacionados fueron: Escolaridad básica y media y sexo masculino del recién nacido (17).

Según el DSM-5, menciona que la psicosis postparto no está clasificada como una entidad separada, sino que la usa para definirla como otro conjunto de trastornos psiquiátricos, por ejemplo, con la depresión psicótica, el trastorno bipolar y el trastorno psicoactivo. El riesgo de que se presenten rasgos o episodios postparto es mucho mayor en féminas que anteriormente han presentado estados de ánimo postparto y es mucho mayor en mujeres con antecedentes de un trastorno psicológico (18). Etiológicamente, esta patología es multifactorial, ya que, a diferencia de otras enfermedades relacionadas, ésta no proporciona una única causa principal que aclare la DPP, a diferencia de otros trastornos relacionados con factores biológicos. Una variedad de estudios e investigaciones han encontrado mayor relación en jóvenes con antecedentes de autoestima disminuida, episodios anteriores de depresión, trastornos de la personalidad, redes de apoyo insuficientes o con economía baja, dificultades en la relación conyugal y sobre todo con cuadros ansiosos, depresivos y de estrés en el curso del periodo gestacional. (19, 20).

Villegas N, et al (Costa Rica, 2019) en esta investigación se mencionan una serie de factores potenciales de riesgo relacionados con la DPP:

- 1) En primer puesto, tenemos una historia previa de depresión como un factor predictor de depresión antenatal,
- 2) Ansiedad materna, guardando una fuerte relación con los síntomas de depresión durante la gestación,

- 3) Eventos estresantes, como pérdida de un familiar, divorcio, pérdida de empleo, familias monoparentales guardan relación significativa,
- 4) Sucesos de violencia en el hogar,
- 5) Carencia de apoyo social,
- 6) La conexión con la pareja y el tipo de relación que poseen también se conecta,
- 7) La cobertura médica ineficiente demuestra un riesgo con la DPP,
- 8) Los deseos de concebir guardan una relación media para depresión,
- 9) El estado socioeconómico y por último factores como:
  - 10) El consumo de tabaco, alcohol, drogas, otras sustancias nocivas, la etnia, raza, edad materna y la historia obstétrica (21).

Así como existen factores de riesgo, también hay factores que protegen y evitan de alguna manera la depresión posparto, tales como: El apoyo familiar, la buena relación conyugal, la lactancia materna, la participación comunitaria y el acceso a redes de apoyo son componentes que mejoran el pronóstico y disminuyen su incidencia (22).

Hay que diferenciar que, se hallan tres condiciones clínicas psiquiátricas que influyen en el estado de ánimo durante el periodo postparto: En primer lugar, tenemos un estado depresivo temprano reconocido como tristeza posparto o "Maternity Blue", el cual comprende a un síndrome transitorio, que se puede presentar en las madres aproximadamente hasta en el 80%; una segunda condición que se muestra es que, aproximadamente un 10- 15% de las jóvenes llevan a cabo un estado depresivo que se extiende a lo largo de dos semanas o más (23). Éste está caracterizado clínicamente por una serie de síntomas como: Afectación diaria del ánimo, con llanto, tristeza, fatiga, alteraciones del sueño y humor, y que además se desarrollan durante el periodo postparto solamente el 0.1- 0,2%, correspondiente a un trastorno grave que desencadena psicosis (24).

Clínicamente, los signos y síntomas de la melancolía luego del parto que la mujer percibe (que duran unos pocos días a una o dos semanas posterior al nacimiento pueden ser:

- Problemas para concentrarse, para dormir, el desánimo, cambios de humor, episodios de ansiedad, tristeza, irritabilidad, pérdida de interés por quehaceres que realiza en su vida cotidiana, culpa, exceso o pérdida del apetito, sentimiento de no ser una buena mamá, crisis de llanto, desesperación, lentitud a la hora de comunicarse o moverse y sensaciones de melancolía o infelicidad (25).
- La depresión postparto puede equivocarse con la melancolía del bebé al inicio, sin embargo, cuentan con más intensidad y perduran por más tiempo y en ocasiones pueden interrumpir con la capacidad de atender al bebé y ejecutar actividades cotidianas. Los signos y síntomas pueden incluir: Estado de ánimo deprimido o cambios de humor graves, llanto en exceso, aislamiento de la familia y amigos, disminución del apetito o alimentarse en exceso, relación madre e hijo afectada, desesperanza, inquietud, ansiedad grave y ataques de pánico, e incluso ideas y pensamientos de muerte o suicidio. Si es que no se maneja la DPP a tiempo puede durar de meses a más (26, 27).
- Para comprender el desarrollo de la depresión postparto, primero es necesario hablar sobre su fisiopatología, de cómo se produce la depresión en sí, existen una serie de teorías que abarcan su investigación. En primer lugar, habla acerca de estudios endocrinos, donde se menciona que a nivel del tronco encefálico existen regular cantidad de neuronas secretoras de epinefrina que proyectan fibras hacia el sistema límbico y de serotonina con fibras hacia otras áreas del encéfalo (28). En trastornos que afecten el sistema límbico, hipotálamo o ganglios basales, es posible que personas que presentan lesiones sobre todo en el hemisferio no dominante, tengan síntomas depresivos, ya que el sistema límbico está relacionado directamente en función y producción de emociones (29).

Otra teoría es la disfunción hipotálamo - hipófisis en trastornos afectivos, se ha reportado que en pacientes deprimidos mayormente presentan aumento de concentración de esteroides corticales en la sangre y orina. Hay estudios que

hablan sobre ciertos mecanismos que existen en trastornos del estado de ánimo que se conectan con diversos neurotransmisores en el SNC (30). En personas con trastornos depresivos mayores se encontraron alteraciones del sistema dopaminérgico y del GABA, que influyen desproporcionadamente en la actividad cerebral (31).

Comprender la fisiopatología de la depresión es importante ya que nos brinda un panorama más amplio de las alteraciones que se dan posterior al parto pues no solo existen cambios anatómicos y fisiológicos, sino también mentales y psicológicos (32).

Para diagnosticar de manera oportuna, lo primero que se debe realizar es una evaluación clínica completa y utilizar escalas formales de depresión. El diagnóstico y tratamiento temprano ayudan con los resultados de la madre e hijo. La DPP debe suponerse si la mujer muestra: Síntomas depresivos de dos semanas, sintomatología que dificultan con las tareas cotidianas, ideas de suicidio y/o homicidio, y en ocasiones alucinaciones, comportamientos psicóticos o delirios (33).

En vista de que tanto los factores culturales y sociales impactan de manera significativa en la mujer, es probable que no comunique de forma voluntaria los síntomas que presenta, en consecuencia, el personal de salud tiene que realizar preguntas específicas acerca de los síntomas presentes y posteriores al parto (33). Añadido a esto, se debe guiar y enseñar a identificar los signos de depresión por ser confundidos con efectos normales de la nueva maternidad (como cansancio, problemas de concentración, etc.) (34).

Durante la visita postparto, las puérperas necesitan ser evaluadas por un test de screening para valorar la presencia de DPP por medio de una prueba de cribado homologada, como lo es el Test de Depresión Postnatal de Edimburgo y la Escala de cribado de la depresión postparto (35).

Es de vital importancia realizar una buena anamnesis en la historia clínica, un minucioso examen físico y mental, valorando los antecedentes y factores de riesgo que puedan aparecer. Por ende, se le debe preguntar al paciente por los

síntomas que presenta, ya sea de cansancio, tristeza, llanto y si siente de alguna manera rechazo hacia su bebé (36).

El manejo de la DPP necesita de una participación por un equipo multidisciplinario especializado con planes individualizados, con tratamientos que comprenden fármacos antidepresivos y psicoterapia. Si se presenta ansiedad de manera significativa, podría ser tratada con ansiolíticos. De manera complementaria, el ejercicio, la masoterapia, la acupuntura y/o suplementos con omega 3 han llegado a ser beneficiosos para la salud. Algunas mujeres con psicosis pueden requerir hospitalización en una unidad de supervisión continua que permita al bebé permanecer junto a ellas, usando tratamiento antipsicótico o antidepresivo (37).

El tratamiento psicológico cognitivo conductual es la más empleada, se puede aplicar de manera individual como grupal, lo que incrementa el autocuidado y las actividades sociales, implementa técnicas de relajación y regula momentos de estrés, intervienen en pensamientos negativos. La terapia interpersonal se dirige a cuatro posibles áreas: Conflictos con la familia, en el área de trabajo, cambios personales y conflictos conyugales (38).

Todo esto, tanto tratamiento farmacológico como alternativo busca mejorar la salud materna buscando y reconociendo de manera oportuna los desencadenantes de la enfermedad. Si la DPP no se trata a tiempo, puede tener complicaciones que interfieren en la relación madre e hijo u ocasionar problemas con el entorno. Para las mamás, la DPP sin tratamiento puede perdurar meses o más y convertirse en un trastorno depresivo crónico, aumentando el riesgo de episodios depresivos mayores a futuro. Para los padres, causa tensión emocional en personas cercanas, cuando la mujer se siente deprimida aumenta también el riesgo de depresión en el padre (39).

Para los niños, los hijos de mamás con DPP no tratada presentan mayor probabilidad y riesgo de problemas conductuales y emocionales, dificultades para conciliar el sueño, de alimentación, llanto en exceso y retrasos en el desarrollo del lenguaje (40)

Con respecto al pronóstico, la recuperación de la DPP es más lenta que la depresión normal, más del 50% necesita aproximadamente un año para su

recuperación completa y una de cada diez, posee síntomas crónicos sobre todo si no recibe tratamiento eficiente (41). La restauración emocional es más complicada en aquellas que han tenido episodios previos o durante el embarazo con situaciones económicas difíciles (42).

Para prevenir la patología y poder disminuir el porcentaje en su totalidad se podrían instaurar una serie de medidas con la finalidad de evitar su aparición. Sobre todo, apreciar la maternidad y distinguir el valor humanizado y empático que realiza la madre (43, 44). Además, se podría implementar programas que brinden apoyo a la madre posterior al parto, fomentar el empoderamiento social de la mujer y realizar actividades que refuercen el vínculo de la madre y su bebé (45).

Es importante también el rol que juega la sociedad, por lo que se necesita fortalecer redes de apoyo, dentro y fuera del hogar y realizar seguimiento de los casos con consultorías médicas luego del parto (46). La OMS, difundió una guía para el manejo de la depresión perinatal llamada “Thinking healthy, a manual for psychosocial management of perinatal depression”, donde decreta recomendaciones para intervención tanto psicológica como social desde la gestación hasta el nacimiento del bebé (47). Se dispone de las siguientes sugerencias:

- Las participaciones psicológicas y sociales deben ser primordiales en la terapia de depresión leve a moderada en el transcurso de la etapa gestacional y posterior a este.
- Incorporar principios de manera general para el cuidado: Como la comunicación clara, sensible y empática con la mujer y su familia.
- Proporcionar psicoeducación para prevenir la medicación en exceso.
- Brindar psicoterapia cognitivo conductual.
- Suministrar no sólo fármacos, sino también tratamiento que complemente, como la actividad física, métodos de relajación incluidos en los hábitos y rutina de la madre.
- Ofrecer redes de apoyo social a la madre
- Tener en cuenta el bienestar tanto físico como psicológico materno fortaleciendo el vínculo madre e hijo (48).

## II. METODOLOGÍA

### 3.1. Tipo de investigación:

El tipo es de revisión sistemática, con diseño analítico retrospectivo.

### 3.2. Variables y operacionalización de variables:

- La variable independiente: Características sociodemográficas, obstétricas y mentales de la DPP y la variable dependiente: DPP

3.3. Población, muestra y muestreo: Todos los documentos que evalúen la prevalencia de DPP en puérperas de la región Latinoamérica con factores de riesgo. Los criterios de inclusión que se tomaron en cuenta fueron estudios de bases de datos reconocidas. Los análisis que se tomaron en cuenta son de tipo observacional, transversales, retrospectivos, de cohorte, que analizaron la prevalencia y factores de riesgo relacionados a DPP en Latinoamérica y artículos de investigación de los últimos 5 años en inglés y español.

Los criterios de exclusión fueron: Artículos duplicados, periódicos, artículos que no pertenecen a Latinoamérica y protocolos que no se tomaron en cuenta.

La muestra, estuvo compuesta por cada uno de los documentos que guardaban relación con el tema. El muestreo que se utilizó fue la metodología Prisma.

La unidad de análisis estuvo conformada por cada estudio acerca de prevalencia y factores de riesgo relacionados a DPP en Latinoamérica que cumplía con los criterios de inclusión y exclusión.

### 3.4. Técnica y recolección de datos:

- La técnica que se llevó a cabo, es una exhaustiva exploración del tema y lectura, en base de datos bibliográficas como: EbscoHost, ClinicalKey, Scielo, PubMed, ScienceDirect, Google Scholar y continuando la secuencia del Método Prisma.
- El instrumento para la recolección de información, se produjo en un cuadro del programa Excel. De todos los artículos para la RS se reportaron datos como el autor, el nombre, el año en el que se publicó, el diseño de

investigación, muestra, la edad de la población, la prevalencia, test utilizado, los factores de riesgo y factores protectores.

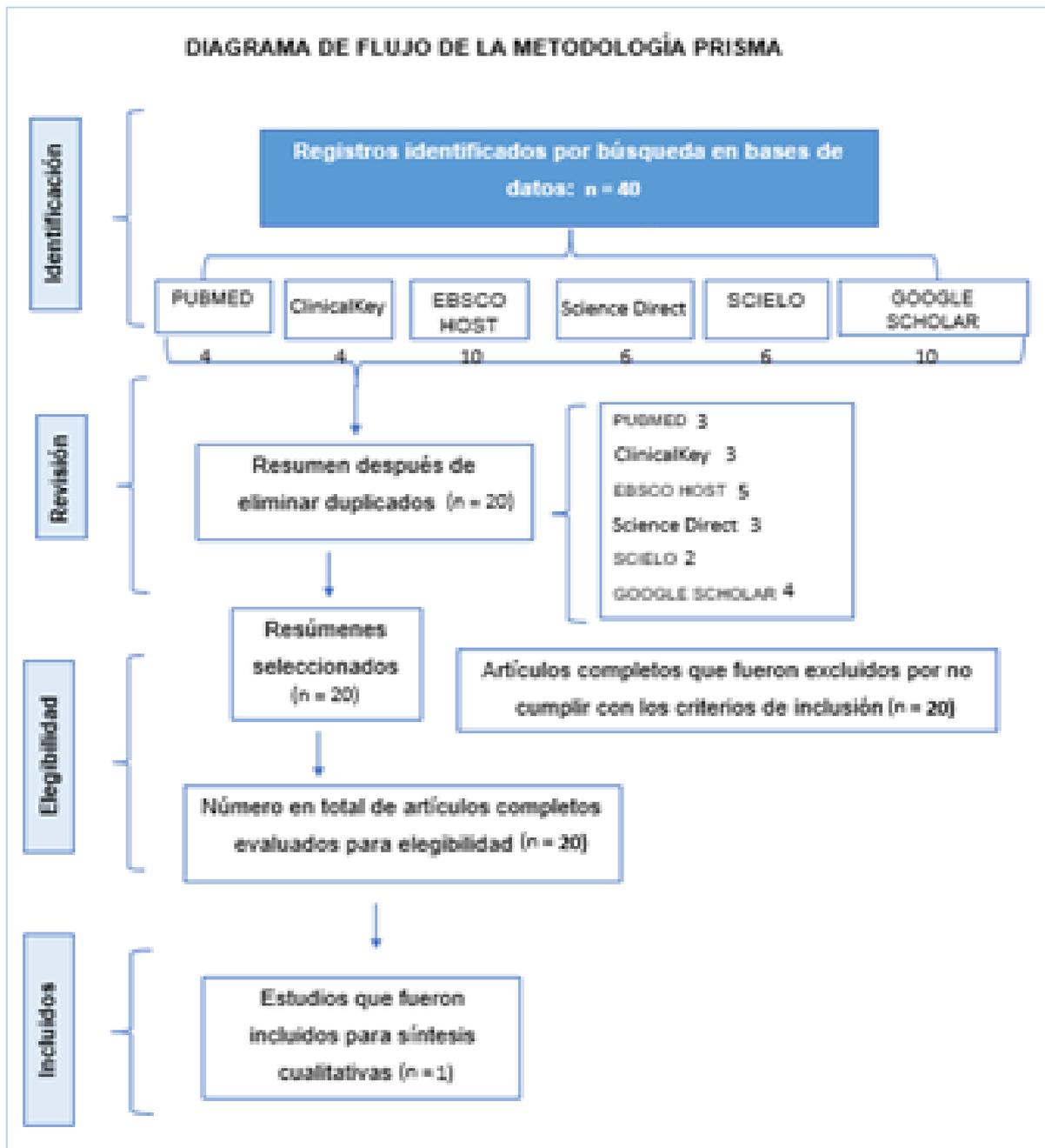
- Se tomó en cuenta la escala de Edimburgo de depresión de embarazo y postparto para la investigación.

3.5. Procedimiento: Se realizó un primer tamizaje de los documentos que cumplieran con los criterios de elegibilidad y estándares como el título y resumen y el segundo fue realizado por dos personas: El autor y un compañero de clase tomando en cuenta artículos que debieron ser agregados o eliminados y por último un tercero, que fue por el asesor el cual contrastó la metodología final realizada. El registro de la investigación será con el método Próspero.

- La elección de los análisis fue mediante la metodología PRISMA y se buscó los artículos publicados comprendidos entre los últimos 5 años, especialmente del 2020 al 2022. En cuanto a la estrategia de búsqueda: Se realizó mediante base de datos como: EbscoHost, ClinicalKey, Scielo, PubMed, ScienceDirect y Google Scholar. Y se utilizaron palabras claves como: depresión postparto, depresión post embarazo, depresión perinatal, depresión gestacional, depression postnatal.
- La investigación se realizó mediante un enfoque cualitativo de manera descriptiva acerca del tema depresión postparto.

3.6. Métodos de análisis de datos: Fueron recogidos y almacenados con la ayuda del programa Excel 2019, para analizar los resultados y el programa SPSS versión 26 adjuntando apuntes relevantes de los datos que fueron seleccionados. La evaluación de la calidad se realizará con la herramienta JBI Critical appraisal checklist (<http://jbi.global/critical-appraisal-tools>).

3.7. Aspectos éticos: Esta investigación se realizó sin tomar en cuenta la aprobación por parte del comité de ética de la Universidad César Vallejo, ya que, al ser una revisión de tipo sistemática, no se tomaron en cuenta participantes para el estudio.



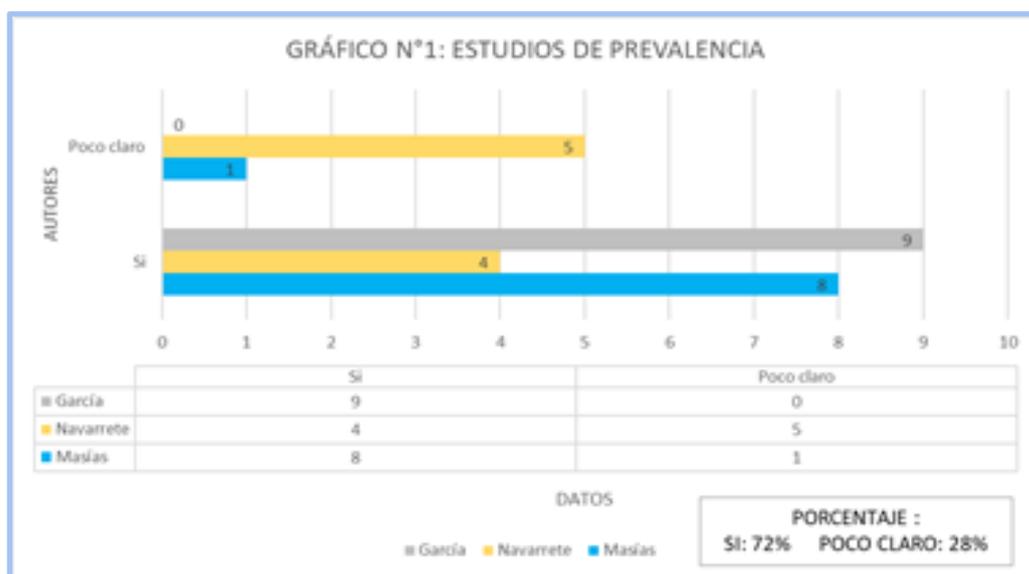
#### IV. RESULTADOS:

Posteriormente de aplicar la metodología para la investigación de artículos, se determinaron 40 artículos, de los cuales 20 de ellos se excluyeron por no cumplir con los criterios de inclusión y por estar duplicados en otras bases de datos, se obtuvieron en total 20; de éstos se llevó a cabo la evaluación de la calidad metodológica utilizando el instrumento JBI, tanto de estudios de prevalencia como analíticos.

Los estudios de prevalencia fueron escritos por los autores: Masías M, et al. (2018) realizado en Perú, Navarrete L, et al. (2019) en México, García E, et al. realizado en Ecuador en 2019. Luego de haber aplicado el instrumento JBI, se obtuvo que el 72% si cumplían con las interrogantes:

El marco de la muestra fue adecuado para dirigirse a la población objetivo, se tomaron muestras de los estudio al igual que el entorno, el tamaño de la muestra también fue correcto, se detallaron a mujeres del estudio y el lugar del entorno, se realizó los análisis de datos identificados con suficiente cobertura de la muestra, se emplearon métodos válidos para identificar el problema, se midió de una manera estándar y confiable completamente para los participantes, y finalmente si hubo un análisis conveniente; sin embargo, en lo que quedó poco claro en los artículos (28%), fue que no hubo una clara tasa de respuesta para el problema ya que no se obtuvieron datos totalmente y no se gestionó adecuadamente en los artículos, este detalle no estaba bien descrito en la investigación.

**Gráfico N°1: Evaluación de calidad en estudios de prevalencia según JBI**

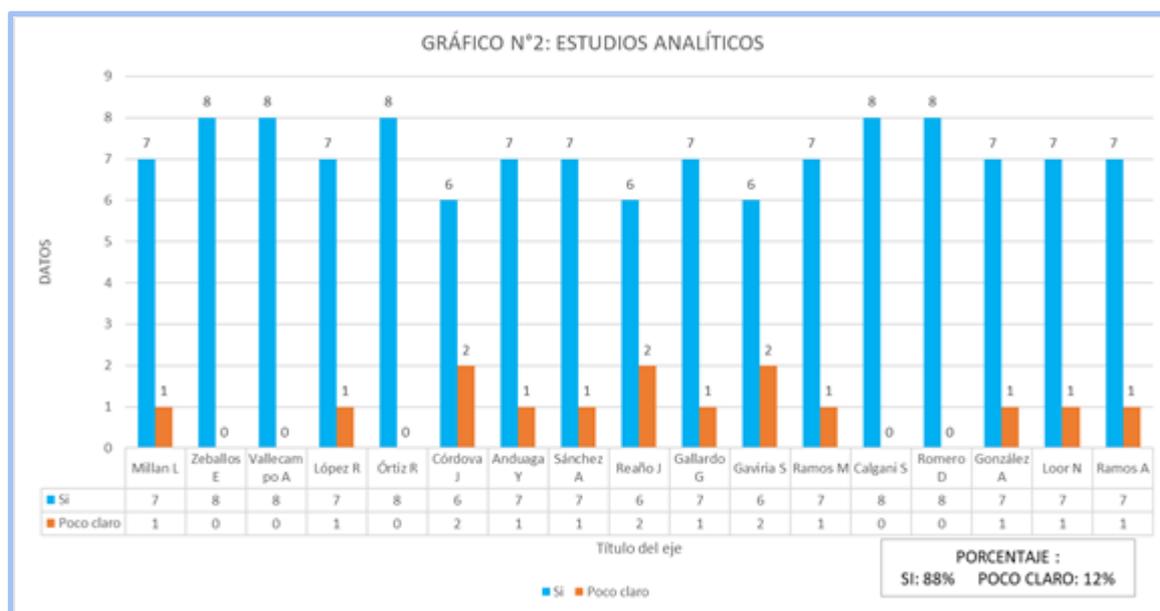


En cuanto a los estudios analíticos, fueron escritos por los autores: Millán L, et al en Perú (2021), Zeballos E, et al. en Perú (2020), Vallecampo A, en El Salvador (2022), López R, et al. en México (2022), Ortiz R, et al. en Colombia (2018), Córdova J en Perú (2018), Anduaga Y et al. en Perú (2019), Sánchez A, et al. en Ecuador (2022), Reaño J en Perú (2020), Gallardo G, et al. en México (2021), Gaviria S, et al. en Colombia (2019), Ramos M, et al. en Perú (2022), Calgani S,

et al. en Chile (2021), Romero D, et al. en Chile (2019), González A, et al. en Cuba (2019), Loor N, et al. en Ecuador (2021) y Ramos A en Perú (2022).

Luego de haber aplicado el método JBI, se obtuvo que el 88% si cumplían con las interrogantes: Se definieron claramente los criterios de inclusión en la muestra, se describieron en detalle los sujetos de estudio y el entorno, se midió la exposición de forma válida y fiable, se utilizaron criterios objetivos y estándar para medir la condición, se midieron los resultados de forma válida y fiable y se utilizó un análisis estadístico adecuado y en lo que quedó poco claro o por esclarecer (12%) fue que no se establecieron estrategias para tratar los factores de confusión, en otras palabras solo mencionaba datos y factores de riesgo de depresión postparto, más no tácticas para poder disminuir el problema en mujeres puérperas.

**Gráfico N°2: Evaluación de calidad en estudios analíticos según JBI**



Los artículos tomados fueron tomados de las siguientes bases de datos: EbscoHost, ClinicalKey, Scielo, PubMed, ScienceDirect, Google Scholar.

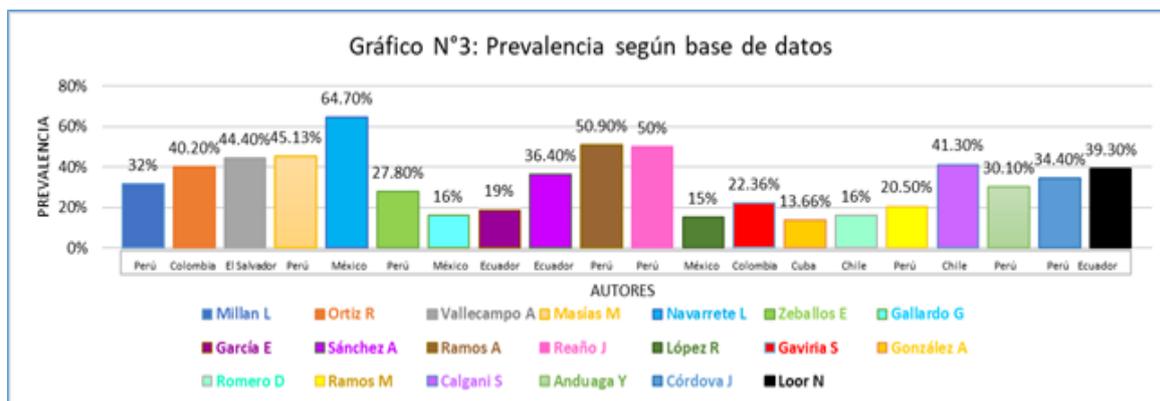
Todos los artículos tomados en cuenta para esta investigación, utilizó el instrumento validado, El Test de Edimburgo, concluyendo que los datos obtenidos son certeros. Y la mayoría de estudios están en idioma español (99%).

Analizando los artículos incluidos en la base de datos, los países con mayor tasa de prevalencia fueron México (64,7%) y Perú (50.9%), esto nos da a conocer que

el problema de depresión postparto no es tomado en cuenta como debería, y no se aplican medidas de prevención durante el periodo de gestación y puerperio. En toda la región de Latinoamérica el país de México posee el mayor porcentaje de datos de prevalencia de DPP (64.7%).

Y en nuestro país Perú (50.9%), según los datos observados, vemos que la mitad de la población, en especial las madres gestantes y puérperas ya sea inmediatas, mediatas y tardías sufren de esta sintomatología. En especial, porque no es un tema que actualmente en nuestro entorno se hable de ello, en nuestro medio una vez que las madres dan a luz al niño, son dadas de alta y no se toman en cuenta problemas a futuro como este.

**Gráfico N°3: Prevalencia de DPP según base de datos**



## V. DISCUSIÓN:

Se utilizó el método JBI (Joanna Briggs Institute) para evaluar la calidad de los estudios. El propósito de éste es evaluar la calidad metodológica de un estudio y determinar hasta qué punto se ha abordado la posibilidad de sesgo en su diseño, realización y análisis. Se evidenció que la mayoría de artículos sí cumplían con las interrogantes.

López R, et al (2022), estudio realizado en México, de tipo observacional, analítico y transversal, en mujeres atendidas en el Hospital Dr. José Eleuterio González de febrero a mayo 2021, después de 24 a 48 horas de puerperio. Se aplicó la Escala de Edimburgo con cribado positivo > 10. Se estudiaron en total 116 pacientes, 56

positivos y 60 sin antecedentes de enfermedad. Demostraron asociación entre la prevalencia de depresión postparto (15%) y los factores relacionados que fueron: Escolaridad básica y media de la madre y el sexo masculino del recién nacido (17). Los datos que menciona este estudio corroboran los datos del problema de depresión postparto.

Gallardo G, et al (2021), realizado en México, estudio prospectivo, observacional y transversal, en mujeres de un hospital público de Acapulco, se analizaron 485 pacientes con edad de 14 a 43 años, la prevalencia de DPP fue 16%, los factores asociados fueron: complicaciones en el parto (IC: 95%, 1.61-6.54), antecedentes de alcoholismo antes del embarazo (IC:95%, 1.17-3.30) y recibir apoyo emocional del esposo durante el embarazo (IC: 95%, 0.17-0.68). El instrumento para medir la depresión fue La Escala de Depresión Posnatal de Edimburgo (49).

Ramos A (2022), realizado en Perú, estudio de tipo analítico, prospectivo y de corte transversal, se consideró como población a 1356 puérperas atendidas en el departamento de gineco-obstetricia, muestra fue 175 casos, muestreados de manera probabilística y aleatorizada. En los resultados se halló que los niveles de depresión fue 50.9% de casos; además que los factores asociados fueron los sociodemográficos, obstétricos y sociales aquellos que destacaron entre la DPP. Los instrumentos aplicados fueron la Escala de Depresión Postnatal de Edimburgo y un cuestionario elaborado en función a los factores de riesgo (50).

Zeballos E, et al (2020), estudio llevado a cabo en nuestro país, Perú, con un análisis de diseño transversal, observacional y prospectivo el cual evaluaron a 288 pacientes en etapa puerperal de un hospital nivel III de edades entre 16 y 44 años (M=30.4, DE=5.9), aproximadamente en su totalidad era conviviente 45.8% o casada 44.4%. Se utilizó el Test de Edimburgo y el índice de violencia de pareja. Demostraron asociación entre prevalencia de DPP (27,8%) y los factores de riesgo con mucho más de probabilidad de depresión postparto fueron las disputas conyugales (RP:2.52, IC: 95%, P<0.001) y la existencia de agresión física (RPa:1.92, IC: 95%, P=0.002) (15).

Por último, se debe resaltar que los autores nos hablan de la prevalencia de DPP y de algunos factores de riesgo que se relacionan, pero no se toman en cuenta

los factores protectores que podrían disminuir el porcentaje de casos. Esto podría deberse a como ya se ha mencionado anteriormente el problema no está diagnosticado de manera precoz, y éste afecta en gran medida a las madres y en futuro al bebé ocasionando problemas emocionales, cognitivos y de comportamiento.

## **VI. CONCLUSIONES:**

1. La depresión postparto es un problema frecuente, el cual debería ser parte de las evaluaciones iniciales dentro del periodo pre y postparto. La detección temprana podría evitar cuadros severos que afectan tanto a la madre como al niño.
2. A nivel de Latinoamérica los países que más presentaron prevalencia de DPP fueron México (64,7%) y Perú (50.9%).
3. La necesidad de factores protectores e intervenciones tanto holísticas como integrales es fundamental, para utilizarlo como medidas preventivas del problema.
4. En cuanto a la calidad de los estudios de prevalencia 2 de 3 cumplían tuvieron un análisis conveniente donde si respondían correctamente a las interrogantes del método JBI; y los estudios analíticos, 16 de 17 midieron los resultados de forma válida y fiable y utilizaron un análisis estadístico adecuado.

## **VII. RECOMENDACIONES:**

1. Una de las estrategias más útiles y sencillas, sería promover el uso de instrumentos de tamizaje como la Escala de depresión de Edimburgo, de forma precoz e implementarla en el futuro de manera sistemática, para detectar la sospecha de DPP en las madres puérperas o gestantes.
2. Se aconseja poner un mayor énfasis en la salud mental durante el periodo pre y postnatal, con intervenciones psicoterapéuticas o brindando información necesaria a las madres que acaban de dar a luz e inculcando sobre posibles problemas y detectar riesgos y signos de alarma que podrían tener durante el periodo.

3. Capacitar al profesional de la salud necesario para poder abordar mejor este trastorno con el seguimiento y visitas domiciliarias durante los primeros meses postparto.
4. Se deberían implementar programas de promoción y prevención, así como redes de apoyo que brindan acceso a las madres gestantes y puérperas para fortalecer el vínculo con su hijo, y empoderar socialmente a la mujer.
5. Proporcionar tratamientos complementarios como la actividad física, métodos de relajación o masoterapia durante la rutina de la madre para evitar llegar al tratamiento farmacológico.
6. Se recomienda en futuras investigaciones, incentivar a mis compañeros a profundizar más sobre el problema de DPP, ya que no se cuenta con mucha bibliografía contundente y actualizada sobre este tema.

### Evaluación de la calidad metodológica de los estudios de prevalencia utilizando el instrumento JBI

NRO	AUTOR (AÑO)	P1	P2	P3	P4	P5	P6	P7	P8	P9
1	Masías M. et al. (2018)	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Poco claro
2	Navarrete L, et al. (2019)	Si	Si	Si	Poco Claro	Poco Claro	Poco Claro	Poco claro	Si	Poco claro
3	García E, et al. (2019)	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si

### Evaluación de la calidad metodológica de los estudios analíticos utilizando el instrumento JBI

NRO	AUTOR (AÑO)	P1	P2	P3	P4	P5	P6	P7	P8
1	Millan L, et al. (2021)	Si	Poco claro						

2	Zeballos E, et al. (2020)	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si
3	Vallecampo A (2022)	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si
4	López R, et al. (2022)	Si	Si	Si	Si	Si	Poco claro	Si	Si
5	Ortiz R, et al. (2018)	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si
6	Córdova J (2018)	Si	Poco claro	Si	Si	Si	Poco claro	Si	Si
7	Anduaga Y, et al.(2019)	Si	Si	Si	Si	Si	Poco claro	Si	Si
8	Sánchez A, et al. (2022)	Si	Si	Si	Si	Si	Poco claro	Si	Si
9	Reaño J (2020)	Si	Poco claro	Si	Si	Si	Poco claro	Si	Si

10	Gallardo G, et al. (2021)	Si	Si	Si	Si	Si	Poco claro	Si	Si
11	Gaviria S, et al. (2019)	Si	Poco claro	Si	Si	Si	Poco Claro	Si	Si
12	Ramos M, et al. (2022)	Si	Poco claro	Si	Si	Si	Si	Si	Si
13	Calgani S, et al. (2021)	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si
14	Romero D et al. (2018)	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si
15	González A, et al (2019)	Si	Si	Si	Si	Si	Poco claro	Si	Si
16	Loor N, et al. (2021)	Si	Si	Si	Si	Si	Poco claro	Si	Si
17	Ramos A (2022)	Si	Si	Si	Si	Si	Poco claro	Si	Si

**TABLA N°1: ESTUDIOS INCLUIDOS EN LA REVISIÓN**

NRO	AUTOR	NOMBRE	AÑO	PAIS	IDIOMA	DISEÑO	FUENTE	MUESTRA	EDAD	IC	PREVALENCIA	FACTORES DE RIESGO	FACTORES PROTECTORES	TEST UTILIZADO	LINK

**TABLA N°2: MATRIZ DE OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES:**

VARIABLES DE ESTUDIO	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DEFINICIÓN OPERACIONAL	DIMENSIÓN	INDICADORES	ESCALA DE MEDICIÓN
<b>Variable independiente:</b>  <b>Características sociodemográficas, obstétricas, mentales de la DPP</b>	Son el conjunto de características biológicas, socioeconómicas y culturales que están vigentes en la población de estudio. <sup>9</sup>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Edad</li> <li>- Estado civil</li> <li>- Grado de instrucción</li> <li>- Zona de vivienda</li> <li>- Estado económico</li> <li>- Problemas psicológicos</li> <li>- Antecedente previo de DPP</li> </ul>	SI  NO	<ul style="list-style-type: none"> <li>- &gt; 15 – 29 años</li> <li>- 30 – 50 años</li> <li>- &gt; 60 años</li> <li>- Solteras</li> <li>- Convivientes</li> <li>- Casadas</li> <li>- Divorciadas</li> <li>- Viudas</li> <li>- Con estudios</li> <li>- Sin estudios</li> <li>- Urbana</li> <li>- Rural</li> <li>- Pobre</li> <li>- Extrema pobreza</li> <li>- Antes de la gestación</li> <li>- Durante</li> <li>- Después</li> </ul>	Cualitativa nominal
<b>Variable dependiente:</b>  <b>Depresión postparto</b>	Definida como un episodio depresivo mayor durante la gestación o los primeros 12 meses postparto. La etapa de depresión perinatal abarca alrededor de 3 meses y 3 periodos postparto. <sup>10</sup>	Test de Edimburgo: Mayor de 10 puntos	Presente  Ausente	<ul style="list-style-type: none"> <li>- &gt; 10 puntos: DPP</li> <li>- &lt; 10 puntos: Riesgo de DPP</li> </ul>	Cualitativa nominal

**TABLA N°3: RESULTADOS LOCALIZADOS EN LAS DISTINTAS BASES DE DATOS**

BASE DE DATOS		EBSCOHOST	CLINICALKEY	SCIELO	PUBMED	SCIENCE DIRECT	GOOGLE SCHOLAR
ARTICULOS	REGISTRADOS						
	ELIMINADOS						
	SELECCIONADOS						
	INCLUIDOS						

## REFERENCIAS:

1. Alba R, Torres A, García L, Perpiña A, Depresión postparto. Hospital Universitario Clínic. Fundación BBVA. Barcelona. 2022. <https://www.clinicbarcelona.org/asistencia/enfermedades/depresion-posparto>
2. Chalise A, Bhandari T. Postpartum Depression and its Associated Factors: A Community-based Study in Nepal. 2019. Vol 17(2): 200-205. <https://doi.org/10.33314/jnhrc.v0i0.1635>
3. Contreras N, Villalobos L, Mancilla J. Análisis epidemiológico de la depresión perinatal. México. 2022. Vol 90. Vol 1. Págs.: 128 - 132. <http://dx.doi.org/10.24875/CIRU.20001246>
4. Caparros R, Romero B, Peralta M. Depresión postparto, un problema de salud pública mundial. Revista Panamericana de Salud Pública. 2018. Vol 42. <https://doi.org/10.26633/rpsp.2018.97>
5. Araujo I, Aquino K, Fagundes L, Santos V. Postpartum Depression: Epidemiological Clinical Profile of Patients Attended In a Reference Public Maternity in Salvador. Rev Bras Ginecol E Obstetricia. 2019; 41(3): 155-163. <http://doi.org/10.1055/s-0038-1676861>
6. Salinas M. Arias W. Prevalencia de la depresión post parto en Arequipa, Perú. Revista Médica Herediana. Vol 29. Nro 4. Lima. Diciembre 2018. Disponible en: <http://dx.doi.org/https://doi.org/10.20453/rmh.v29i4.3447>
7. Acuña A, Ramírez E, Azofeifa M. Depresión postparto. Revista Médica Sinergia. Vol 6. Núm. 9. Pág.: 712. 2021. Costa Rica. <https://doi.org/10.31434/rms.v6i9.712>
8. Belfort E. La depresión perinatal: ¿Cuándo referir? Universidad Central de Venezuela. Caracas. 2021, 129 (Supl 3): 591-596. Disponible en: <https://doi.org/10.47307/GMC.2021.129.s3.12>

9. Moldenhauer J. Depresión postparto. Children's Hospital of Philadelphia. Manual versión para profesionales. Merck & Co. EE.UU y Canadá. Mayo 2020. <https://www.msdmanuals.com/es-pe/professional/ginecolog%C3%ADa-y-obstetricia/atenci%C3%B3n-posparto-y-trastornos-asociados/depresi%C3%B3n-posparto>
10. Solis M, Pineda A, Chacón J. Abordaje clínico y manejo de la depresión postparto. Revista Médica Sinergia. Vol 4. Núm 6. Costa Rica. Junio 2019. pp: 90-99. <https://doi.org/10.31434/rms.v4i6.2478>
11. Paolantonio M, Faas E, Manoiloff M. Depresión postparto y su impacto en la calidad del vínculo temprano madre-bebé. Acta Psiquiátrica y Psicológica de América Latina. 2020. Vol 66 (2). Págs.: 106-118. <https://web.s.ebscohost.com/ehost/detail/detail?vid=0&sid=d435ab26-0083-4440-ac70-ccf3b6d0fd9f%40redis&bdata=Jmxhbm9ZXMmc2l0ZT1laG9zdC1saXZI#AN=145619935&db=a9h>
12. Míguez M, Fernández V, Pereira B. Depresión postparto y factores asociados en mujeres con embarazos de riesgo. Psicología conductual. Brasil. [Internet]. 2017. Vol 25 (1): Págs.: .47 - 64. <https://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=fua&AN=122725854&lang=es&site=ehost-live>.
13. Gaviria S, Duque M, Vergel J, Restrepo D. Síntomas depresivos perinatales: Prevalencia y factores psicosociales asociados. Rev Psiquiatría. Colombia. Vol 48(3).2019. Págs:166-173. <https://doi.org/10.1016/j.rcp.2017.09.002>
14. Meléndez M. Díaz M. et al. Depresión postparto y los factores de riesgo. Revista de la Facultad de Ciencias de la Salud. Universidad de Carabobo. Diciembre. 2017. Vol 21 (3). Pág. 8. <https://www.redalyc.org/pdf/3759/375955679003.pdf>

15. Zeballos E, Gallegos W, Muñoz A, Rivera R, Condori M. Depresión postparto en mujeres víctimas de violencia doméstica en la ciudad de Arequipa, Perú. *Revista Cubana de Obstetricia y Ginecología*. Universidad Católica de Santa María, Arequipa - Perú. Vol.46 (1). 2020. Pág. 502. <https://web.s.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=0&sid=271c6ca7-af1b-4958-b904-0a9bbca2716e%40redis>
16. Vallecampo A. Relación entre riesgo y factores asociados a depresión postparto del puerperio inmediato de mujeres con bajo riesgo obstétrico. El Salvador. [Internet]. Diciembre 2021. Vol. 14 (1): 12 - 24. <https://web.s.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=1&sid=bc30c432-f0db-4cd3-8937-d28e1402ae3a%40redis>
17. López R, Flores S, López S, González G, Morales K, Álvarez L. Depresión posparto durante la pandemia de COVID-19. *Ginecología y Obstetricia de México*. 2022. Vol 90 (1). Págs: 8-20. Disponible en: <http://doi.10.24245/gom.v90i1.6985>
18. Asociación Americana de Psiquiatría, Guía de consulta de los criterios diagnósticos del DSM-5. Arlington, VA, Asociación Americana de Psiquiatría, 5ta edición. Washington DC. 2018 <https://www.eafit.edu.co/ninos/reddelaspreguntas/Documents/dsm-v-guia-consulta-manual-diagnosticoestadistico-trastornos-mentales.pdf>
19. Shitu S, Geda B, Dheressa M. Postpartum depression and associated factors among mothers who gave birth in the last twelve months in Ankesha district. *Ethiopia*. 2019.; 19(1): 435. <https://doi.org/10.1186/s12884-019-2594-y>
20. Souza K, Andrade S, Aquino D, Silva I, Bernardino A, Santos R. Factores de riesgo de depresión postparto: Revisión de literatura. *Revista Científica de Enfermagem*. 2020. Brasil. Vol 10 (32). Págs.: 248-258. <https://web.s.ebscohost.com/ehost/detail/detail?vid=0&sid=c3535494-ecb9-471d-95b7-e9cf4bfb7991%40redis&bdata=Jmxhbm9ZXMmc2l0ZT1laG9zdC1saXZl#AN=148355318&db=a9h>

21. Villegas N, Paniagua A, Vargas J. Generalidades y diagnóstico de la depresión posparto. Revista médica Sinergia. Editorial médica Esculapio. Vol 4. Nro 7. Costa Rica. Julio 2019. Disponible en: <https://doi.org/10.31434/rms.v4i7.261>
22. Da Rocha A, Cavalcanti T, Almeida R. Factores de riesgo y protección asociados a depresión posparto prenatal y psicológico. 2018. Vol38(4):9. Disponible en: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1414-98932018000500711&lng=pt&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-98932018000500711&lng=pt&nrm=iso)
23. Malpartida M. Depresión posparto en atención primaria. Revista médica Sinergia. Vol 5. Núm. 2. Costa Rica. Febrero 2020. Pág. 355. Disponible en: <https://doi.org/10.31434/rms.v5i2.355>
24. Toru T, Chemir F, Anand S. Magnitude of postpartum depression and associated factors among women in Mizan Aman town. Ethiopia. 2018. Vol 18(1): 442. <https://doi.org/10.1186/s12884-018-2072-y>
25. Cardoso S, Da Rosa M, Bitencourt G. Síntomas psicofuncionales de la Depresión Materna: Un Estudio cualitativo. 2018. Vol 23 (1). Pág. 12. Disponible en: <http://www.scielo.br/pdf/pusf/v23n1/2175-3563-pusf-23-01-59.pdf>
26. Múnera L, Uribe L, Yepes C. Significado del síndrome depresivo para médicos generales en una región colombiana. Rev Colom Psiquiatr.. Marzo 2018. Vol 47 (1). Pág. 11. Disponible en: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=80658479005>
27. Medina E. Diferencias entre la depresión posparto, la psicosis posparto y la tristeza posparto. Perinatol. Reprod. Hum. Revista en internet. 2020. Vol 27 (3). Págs.: 185 - 193. [http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0187-53372013000300008&lng=es](http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0187-53372013000300008&lng=es)

28. Delgado M. Depresión postparto y tratamiento. Ginecología. Revista médica de Costa Rica y Centroamérica. 2016. Pág. 512. <https://www.medigraphic.com/pdfs/revmedcoscen/rmc-2016/rmc163q.pdf>
29. Muzel M, Pinho A, Barros M, García C. Síntomas depresivos maternos en el puerperio inmediato: Factores asociados. Julio 2018. Vol 31(4):8. Disponible en: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0103-21002018000400351&lng=en](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-21002018000400351&lng=en)
30. Krauskopf V, Valenzuela P. Depresión perinatal: Detección, diagnóstico y estrategias de tratamiento. Revista Médica Clínica Las Condes. Vol 31 (2). Abril 2020. Págs.:139-149. Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.rmclc.2020.01.004>
31. García G, Romero H, Mauquí G. Factores desencadenantes de la depresión postparto en las adolescentes: Estudio piloto. Vol 2 (2): 27-35. Ecuador. Agosto 2020. Disponible en: <https://doi.org/10.47606/ACVEN/MV0033>
32. Ortiz R, Gallego C, Buitron E, Meneses Y, Muñoz N, Gonzáles M. Prevalencia de tamiz positivo para Depresión Postparto en un Hospital de tercer nivel y posibles factores asociados. Vol 45 (4). 2018. Págs.: 253-261. <https://web.s.ebscohost.com/ehost/detail/detail?vid=0&sid=ae16bab7-f37a-4346a2a4ad2dcc26eed2%40redis&bdata=Jmxhbm9ZXMmc2l0ZT1laG9zdC1saXZl#AN=122262150&db=fua>
33. Paolantonio M, Faas A, Manoiloff L. La mutualidad perlocutiva en la comunicación preverbal en niños con madres con depresión postparto. Revista de Psicología y Ciencias Afines. 2018. Colombia. Vol 33 (2). Págs.: 267-282. <https://web.s.ebscohost.com/ehost/detail/detail?vid=0&sid=0cd81472-8427-4a43-ae0f-08dbda218c2f%40redis&bdata=Jmxhbm9ZXMmc2l0ZT1laG9zdC1saXZl#AN=120531945&db=fua>

34. Vieira E, Caldeira N, Eugenio D, Morales M, Silva I. Breastfeeding self-efficacy and postpartum depression: a cohort study. *Revista Latino-Americana de Enfermería*. 2018. Vol 26. Pág.: 30-35. Brazil. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1590/1518-8345.2110.3035>
35. Rojas G, Guajardo V, Martínez P. Depresión postparto: tamizaje, uso de servicios y barreras para su tratamiento en centros de atención primaria. *Revista médica de Chile*. 2018. Vol. 9. Págs.: 001-1007. <https://doi.org/10.4067/s0034-98872018000901001>
36. Ambriz R, Flores R, Soria J. Depresión postparto durante la pandemia de COVID-19. *Ginecol Obstet Mex*. 2022, 90 (1): 8 - 20. Disponible en: <https://doi.org/10.24245/gom.v90i1.6985>
37. Johansen S, Robakis T, Williams K, Rasgon N. Manejo de la depresión perinatal con intervenciones no farmacológicas. 2019; 364:1322. Disponible en: <https://doi.org/10.1136/bmj.l322>
38. Ramos M, Rivera L. Asociación entre la depresión postparto y apoyo de la pareja en un centro materno infantil de Lima. *An. Fac. Med.* Vol 83. Nro 1. Scielo. Lima - Perú. Marzo 2022. <http://dx.doi.org/10.15381/anales.v83i1.20562>
39. O'Neill P, Cycon A, Friedman L. Seeking social support and postpartum depression: A pilot retrospective study of perceived changes. 2019. Vol 71: 56-62. <https://doi.org/10.1016/j.midw.2019.01.003>
40. Yamada A, Isumi A, Fujiwara T. Association between Lack of Social Support from Partner or Others and Postpartum Depression among Japanese Mothers: A Population-Based Cross-Sectional Study. 2020. Vol 17(12): 4270. <https://doi.org/10.3390/ijerph17124270>
41. Tambag H, Turan Z, Tolun S, Can R. Perceived social support and depression levels of women in the postpartum period. Turkey. 2018. Vol 21(11): 1525-1530. [http://doi.org/10.4103/njcp.njcp\\_285\\_17](http://doi.org/10.4103/njcp.njcp_285_17)

42. Mahdi A, Dembinsky M, Bristow K, Slade P. Approaches to the prevention of postnatal depression and anxiety - a review of the literature. *Obstet Gynecol.* 2019; 40 (4): 250-263. <http://doi.org/10.1080/0167482X.2018.1512577>
43. Vaezi A, Soojoodi F, Banihashemi A, Nojomi M. The association between social support and postpartum depression in women: A cross sectional study. *Women Birth.* 2019. Vol 32(2): 238-242. <https://doi.org/10.1016/j.wombi.2018.07.014>
44. Gebregziabher N, Netsereab T, Fessaha Y, Alaza F. Prevalence and associated factors of postpartum depression among postpartum mothers in the central region. *Eritrea.* 2020. Vol 20(1): 1614. <https://doi.org/10.1186/s12889-020-09676-4>
45. Vega J. Depresión postparto en el Perú. *Revista médica Herediana.* Vol 29. Nro 4. Editorial Scielo. Lima - Perú. Diciembre 2018. Disponible en: <http://dx.doi.org/https://doi.org/10.20453/rmh.v29i4.3444>
46. González A, Casado P, Molero M, Santos R, López I. Factores asociados a depresión postparto. Vol 23. Nro 6. 2019. Disponible en: <http://revistaamc.sld.cu/index.php/amc/article/view/663>
47. Minsal. Protocolo de detección de la depresión durante el embarazo y postparto y apoyo al tratamiento. 2018. Chile. Pág.: 30. Disponible en: <https://www.minsal.cl/sites/default/files/files/ProtocoloProgramaEmbarazoypospartofinal12032018.pdf>
48. Navarrete L, Nieto L, Lara M. Sensibilidad y especificidad de las tres preguntas de Whooley y Aroll para detectar depresión perinatal en mujeres mexicanas. Vol 61(1): 27-34. 2019. Disponible en: <http://doi.org/10.21149/9083>
49. Gallardo G, Paredes S, Solano N, Ríos C, Paredes S, Andersson N. Prevalencia de depresión posparto y factores asociados en usuarias de un hospital de Acapulco, Guerrero, México. Vol 89 (12). Págs.: 927-936. <https://doi.org/10.24245/gom.v89i12.6947>

50. Ramos A, Factores de riesgo asociados a la depresión post parto en púerperas del Hospital Goyeneche de la ciudad de Arequipa, 2022. Arequipa - Perú. <http://repositorio.unsa.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12773/14227/MCrazean.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

## ANEXOS:

### ESCALA DE DEPRESIÓN DE EDIMBURGO PARA EMBARAZO Y POSPARTO

Como usted está embarazada o hace poco tuvo un bebé, nos gustaría saber como se ha estado sintiendo. Por favor marque con una X el casillero con la respuesta que más se acerca a como se ha sentido en los últimos 7 días

1	He sido capaz de reírme y ver el lado divertido de las cosas	a) Tanto como siempre b) No tanto ahora c) Mucho menos ahora d) No, nada	
2	He disfrutado mirar hacia delante	a) Tanto como siempre b) Menos que antes c) Mucho menos que antes d) Casi nada	
3	Cuando las cosas han salido mal me he culpado a mi misma innecesariamente	a) No, nunca b) No con mucha frecuencia c) Sí, a veces d) Sí, la mayor parte del tiempo	
4	He estado nerviosa o inquieta sin tener motivo	a) No, nunca b) Casi nunca c) Sí, a veces d) Sí, con mucha frecuencia	
5	He sentido miedo o he estado asustadiza sin tener motivo	a) No, nunca b) No, no mucho c) Sí, a veces d) Sí, bastante	
6	Las cosas me han estado abrumando	a) No, he estado haciendo las cosas tan bien como siempre b) No, la mayor parte del tiempo he hecho las cosas bastante bien c) Sí, a veces no he podido hacer las cosas tan bien como siempre d) Sí, la mayor parte del tiempo no he podido hacer las cosas en absoluto	
7	Me he sentido tan desdichada que he tenido dificultades para dormir	a) No, nunca b) No con mucha frecuencia c) Sí, a veces d) Sí, la mayor parte del tiempo	
8	Me he sentido triste o desgraciada	a) No, nunca b) No con mucha frecuencia c) Sí, a veces d) Sí, la mayor parte del tiempo	
9	Me he sentido tan desdichada que he estado llorando	a) No, nunca b) Sólo ocasionalmente c) Sí, bastante a menudo d) Sí, la mayor parte del tiempo	
10	Se me ha ocurrido la idea de hacerme daño	a) Nunca b) Casi nunca c) A veces d) Sí, bastante a menudo	

A las respuestas se les otorga un puntaje de 0, 1, 2 y 3 de acuerdo a la letra marcada:  
a) = 0 puntos; b) = 1 punto; c) = 2 puntos d) = 3 puntos

El puntaje total se calcula sumando los puntajes para cada uno de los 10 ítems.

#### Interpretación

DURANTE EL EMBARAZO	EN EL POSPARTO
Una puntuación de 13 o más puntos indica sospecha de depresión.	Una puntuación de 10 o más puntos indica sospecha de depresión posparto.
Cualquier puntaje distinto de cero 0 en la pregunta N° 10 requiere de devaluación adicional dentro de 24 horas	

## BASE DE DATOS:

NRO	AUTOR	NOMBRE	AÑO	PAÍS	IDIOMA	DISEÑO	FUENTE	MUESTRA	EDAD	IC	PREVALENCIA	FACTORES DE RIESGO	FACTORES PROTECTORES	TEST UTILIZADO	LINK
1	Millan L, Soto A	Calidad del sueño y depresión perinatal en gestantes atendidas en un centro de atención primaria en Lima, Perú	2021	Perú	Español	Transversal, analítico	ClinicalKey	200 p	22-32	95%, P<0.05	32%	Mala calidad del sueño 104 IC: 95% (52,0)	Atención médica oportuna	Test de Edimburgo	<a href="https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S003474502100130X">https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S003474502100130X</a>
2	Zeballos E, Arias W, Águeda T, Rivera R, Condori M	Depresión postparto en mujeres víctimas de violencia doméstica en la ciudad de Arequipa, Perú	2020	Perú	Español	Transversal, prospectivo	Ebsco Host	288 púerperas	16-44	95%, P<0.05	27,8%	Discusiones de pareja 2,52 IC: 95%(1,58-4,01), violencia física 1,92 ic:95%(1,27-2,90) y no física 0,76 IC: 95%(0,49-1,19)	Unidad familiar, armonía de pareja, adecuado desarrollo de los hijos	Test de Edimburgo y el índice de violencia en pareja	<a href="http://www.revginecobstetricia.sld.cu/index.php/gin/article/view/502/494">http://www.revginecobstetricia.sld.cu/index.php/gin/article/view/502/494</a>
3	Vallecampo A	Relación entre riesgo y factores asociados a depresión postparto del puerperio inmediato	2022	El Salvador	Español	Trnsversal, prospectivo	Ebsco Host	180 PI	19-22	95%	44,40%	Procedencia rural 3.67 IC: 1.97-6.84, violencia intrafamiliar 16.71 IC 7.52-37.15, disminución en los deseos y aspiraciones a un futuro 4.36 IC: 1.82-10.45, sentimientos de culpa 12.9 IC: 6.06-27.47	Estabilidad laboral de la mujer 0.25 IC: 0.10-0.60, la existencia de apoyo a la futura madre 0.10 IC: 0.05-0.21, planificación del embarazo 0.29 IC: 0.15-0.53, deseo del embarazo 0.30 IC: 0.15-0.63	Test de Edimburgo	<a href="http://dsuees.uees.edu.sv/xmlui/bitstream/handle/20.500.11885/513/2-REV%20CC%2014%20N1.pdf?sequence=1&amp;isAllowed=y">http://dsuees.uees.edu.sv/xmlui/bitstream/handle/20.500.11885/513/2-REV%20CC%2014%20N1.pdf?sequence=1&amp;isAllowed=y</a>

		de mujeres con bajo riesgo obstétrico																	
4	Ortiz R, Gallego C, Meneses Y, Muñoz N, Gonzáles M	Prevalencia de tamiz positivo para Depresión Postparto en un Hospital de tercer nivel y posibles factores asociados	2018	Colombia	Español	Transversal	Ebsco Host	194 P	18-35	95%; 33%-47%	40,20%	Patología obstétrica de alto riesgo 2.11 IC: 95% 1.11-4.01, neonato hospitalizado 1.95 ic:95% 1.01-3.76, pobre apoyo social 12.92 IC:95% 3.61-46.17, no poder dar de lactar 2.85 IC:95% 1.29-6.25, raza negra/índigena 3.13 IC:95% 1.32-7.41, nivel educativo < 5 años 2.20 IC:95% 1.03-4.68 y régimen subsidiado 2.61 IC: 95% 1.17-5.79	Curso profiláctico 16 (13.79), planeación del embarazo 49 (42.29), apoyo social total 113 (97,41), lactancia 102 (87,93)	Test de Edimburgo	<a href="https://www.elsevier.es/es-revista-revista-colombiana-psiquiatria-379-articulo-prevalencia-tamiz-positivo-depresion-postparto-S0034745016300026">https://www.elsevier.es/es-revista-revista-colombiana-psiquiatria-379-articulo-prevalencia-tamiz-positivo-depresion-postparto-S0034745016300026</a>				
5	Masías M, Arias W	Prevalencia de la depresión post parto en Arequipa, Perú	2018	Perú	Español	Transversal, Descriptivo	Ebsco Host	113 P%	45-6ss	0,373 y 0,801	45,13%	estado civil casada 28,31%, soltera 23%, conviviente 47,78%, divorciada 0,88%, Grado de instrucción: Primaria: 5.3%, secundaria 58,4%, superior técnico 8,8%, universitarios 27,4%, parto eutócico 61.94%, cesárea 38.05%	Tipo de parto: cesárea	Test de Edimburgo	<a href="http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&amp;pid=S1018-130X2018000400004">http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&amp;pid=S1018-130X2018000400004</a>				

6	Navarrete L, Nieto L, Asunción M	Sensibilidad y especificidad de las tres preguntas de Whooley y Arroll para detectar depresión perinatal en mujeres mexicanas	2019	México	Inglés	Transversal	Ebsco Host	210 m	29	95%, P< 0.05	94,70%	Sintomas depresivos 2.1 IC:95% (1.4-2.8), pérdida del placer 3.2 IC:95% (2.1-4.4)	Mujeres que asisten a sus controles prenatales, con información sobre depresión perinatal, estrategias de autoayuda	Test de Edimburgo	<a href="https://www.medigrap hic.com/pdfs/salpubm ex/sal-2019/sal191d.pdf">https://www.medigrap hic.com/pdfs/salpubm ex/sal-2019/sal191d.pdf</a>
7	García E, Murillo D	Prevalencia de depresión postparto, Hospital José Carrasco Arteaga, Cuenca, Febrero a Julio, 2018	2019	Ecuador	Español	Transversal	Google Scholar	188 madres	18- ≥35	95%, P< 0.05	19%	Edad: no adolescente: 0.99 (0.20-4.69), estado civil: casada 0.72 (0,34-1.5), residencia: urbana 1.33 (0,63-2.79), tipo de parto: cesárea 1.09 (0,51-2.33), semanas de gestación: 37-42 (2,95 (0,99-8.78)), paridad: multipara 0,74 (0,37-1.90)	Asesoría necesaria, seguimiento, estrategias para apoyar y facilitar el acceso a los servicios de salud mental	Test de Edimburgo	<a href="https://dspace.uazuay. edu.ec/bitstream/datos /9452/1/15088.pdf">https://dspace.uazuay. edu.ec/bitstream/datos /9452/1/15088.pdf</a>
8	López R, Flores S, Soria J, Guerrero G, Morales A, Álvarez L	Depresión posparto durante la pandemia de COVID-19	2022	México	Español	Análisis, transversal	Google Scholar	116 pacientes	17-43	95%, P< 0.05	15%, 56 +	Escolaridad: secundaria 34 IC:95% 56%, preparatoria 13 IC:95% 21, sexo masculino del RN 33 IC:95% 59	Tamizaje de DPP	Test de Edimburgo	<a href="https://www.medigrap hic.com/pdfs/qinobsm ex/gom-2022/gom221c.pdf">https://www.medigrap hic.com/pdfs/qinobsm ex/gom-2022/gom221c.pdf</a>
9	Sánchez A, Muñoz K, Yari C	Factores de riesgo de Depresión Postparto. Centro de Salud Lizarzaburu Riobamba, 2021	2022	Ecuador	Español	Transversal, no experimental, descriptivo	Google Scholar	230 mujeres	18-38	95%, P< 0.05	36,40%	Edad: 25-31: 16 IC:95% 20%, estado civil: Casada 17 IC:95% 21,3%, ocupación: Ama de casa: 20 IC:95% 25%, nivel educativo Secundaria 21 IC:95% 26,3, dependencia económica: Pareja: 19 IC:95% 23,8%	apoyo emocional, cuidado del bebé por parte de su pareja	Test de Edimburgo	<a href="http://dspace.unach. edu.ec/bitstream/51000/9 367/1/Mu%c3%b1oz%2 0S%c3%a1nchez%2cK %2c%20Yari%20Alvac ora%20%2cC%282022 %29%20Factores%20d e%20Riesgo%20de%2 0Depresi%c3%b3n%20 Postparto.%20Centro %20De%20Salud%20Li">http://dspace.unach. edu.ec/bitstream/51000/9 367/1/Mu%c3%b1oz%2 0S%c3%a1nchez%2cK %2c%20Yari%20Alvac ora%20%2cC%282022 %29%20Factores%20d e%20Riesgo%20de%2 0Depresi%c3%b3n%20 Postparto.%20Centro %20De%20Salud%20Li</a>



									del puesto de trabajo (p=0.0012, OR=3.17)							
11	Gallardo G, Paredes S, Solano N, Rios C, Paredes S, Andersson N	Prevalencia de depresión postparto y factores asociados en usuarias de un hospital público de Acapulco, Guerrero, México	2021	México	Español	Prospectivo, transversal	Google Scholar	485 pacientes	14-46	95%, P< 0.05	16%	Complicaciones del parto IC95%:1.61-6.54, antecedentes de alcohol IC95%:1.17- 3.30, apoyo emocional de la pareja IC95%: 0.17-0.68	Apoyo emocional de la pareja	Test de Edimburgo	<a href="https://www.medigraphic.com/pdfs/qinobsmex/gom-2021/gom2112c.pdf">https://www.medigraphic.com/pdfs/qinobsmex/gom-2021/gom2112c.pdf</a>	
12	Gaviria S, Duque M, Vergel J, Restrepo D	Síntomas depresivos perinatales : Prevalencia y factores psicosociales asociados	2019	Colombia	Español	Descriptivo, transversal	PubMed	112 m	4ss >	95%, P< 0.05	22,36%	Finalización de la relación con la pareja 6,26 IC:95% 1,91-20,49, dificultades económicas graves 6,61 IC:95% 1,86-23,45, muerte de un familiar 3,79 IC:95% 1,12-12,74	Promoción de estilos saludables, psicoeducación, acción de promotores de salud	Test de Edimburgo	<a href="https://www.elsevier.es/es-revista-revista-colombiana-psiquiatria-379-articulo-sintomas-depresivos-perinatales-prevalencia-factores-S0034745017301154#:~:text=Los%20s%C3%ADntomas%20de%20depresi%C3%B3n%20perinatal,por%20muerte%20de%20un%20familiar">https://www.elsevier.es/es-revista-revista-colombiana-psiquiatria-379-articulo-sintomas-depresivos-perinatales-prevalencia-factores-S0034745017301154#:~:text=Los%20s%C3%ADntomas%20de%20depresi%C3%B3n%20perinatal,por%20muerte%20de%20un%20familiar</a>	
13	Ramos M, Rivera L	Asociación entre depresión postparto y apoyo de la pareja en un centro materno infantil de Lima	2022	Perú	Español	Descriptivo correlacional, Transversal	Scielo	122 mujeres	1 año p p	94%, P< 0.05	20,50%	Apoyo de la pareja 63.1% IC:95%	Apoyo por la pareja práctico e informativo	Test de Edimburgo y Escala de Apoyo a la pareja	<a href="http://www.scielo.org.pe/pdf/afm/v83n1/1025-5583-afm-83-01-00019.pdf">http://www.scielo.org.pe/pdf/afm/v83n1/1025-5583-afm-83-01-00019.pdf</a>	

14	Calgani S, Olivos M, García M, Zamudio P	Salud mental en madres en el periodo perinatal	2021	Chile	Español	Cuantitativo	Scielo	158 mujeres	18 - >35	95%, P< 0.05	41,30%	antecedentes de aborto espontáneo previo 32 IC: 95% (20,3%), Antecedente previo de salud mental: Trastorno depresivo: 18 IC:95% (11,4%)	Satisfacción de apoyo recibido	Test de Edimburgo y Escala de ansiedad perinatal	<a href="https://www.scielo.cl/scielo.php?pid=S2452-60532021000500724&amp;script=sci_arttext">https://www.scielo.cl/scielo.php?pid=S2452-60532021000500724&amp;script=sci_arttext</a>
15	Romero D, Orozco L, Ybarra J, Gracia B	Sintomatología depresiva en el post parto y factores psicosociales asociados	2017	Chile	Español	Retrospectivo	Scielo	154 mujeres	19-35	95%, P< 0.05	16%	Estado civil 18.48 p=001, familiar con depresión 9.55 gl=1 p=002, tristeza en el embarazo 25.65 p=000, acontecimiento vital en el embarazo 9.025 p=0.003, consumo de alcohol 10.456 p=0.001, ansiedad 41.518 p=0.000, tristeza en embarazo anteriores 16.132 p=0.000, insatisfacción con los cambios corporales 7.329 p=0.007	Utilizar cuestionarios, seguimiento prenatal	Test de Edimburgo	<a href="https://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&amp;pid=S0717-75262017000200009">https://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&amp;pid=S0717-75262017000200009</a>
16	González A, Casado P, Molero M, Santos R, López I	Factores asociados a depresión postparto	2019	Cuba	Español	Transversal	Scielo	139 púerperas	20-30	95%, P< 0.05	13,66%	Edad < de 20 años (OR: 1,55), el estado civil soltera (OR: 11,16), la tenencia de dos hijos (OR: 5,66), el antecedente de depresión previa (OR: 5,45) y el antecedente de violencia, independientemente de la naturaleza da la misma, (fuera del embarazo actual OR: 2,16 y dentro del embarazo actual OR: 4,71)	Apoyo familiar	Test de Edimburgo	<a href="http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&amp;pid=S1025-02552019000600770#:~:text=la%20depresi%C3%B3n%20posparto%20tuvo%20una,y%20el%20antecedente%20de%20violencia.">http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&amp;pid=S1025-02552019000600770#:~:text=la%20depresi%C3%B3n%20posparto%20tuvo%20una,y%20el%20antecedente%20de%20violencia.</a>

17	Córdova J	Factores asociados a depresión postparto en púerperas atendidas en Hospital II-2 Santa Rosa durante Septiembre-diciembre, 2017	2018	Perú	Español	Analítico, transversal	Science Direct	125 madres	23	95%, P< 0.05	34,40%	Edad: 35-59: 1,54 IC:95% 1,02-1,74, Soltera 4,83 IC:95% 0,40-5,47, Nivel de instrucción: Primaria 18,67 IC:95% 10,32-29,65, Procedencia rural 3,20 IC:95% 0,57-2,56, Multipara 2,53 IC:95% 2,14-2,86, cesárea 3,84 IC:95% 1,65-5,21, Abortos 2,63 IC:95% 0,28-1,42, Padece alguna enfermedad 2,16 IC:95% 1,38-4,06, apoyo familiar 1,56 IC:95% 1,02-2,37, Dx previo de depresión 1,97 IC:95% 1-13-3,44, Dx previo de DPP 1,07 IC:95% 1,01-1,12	Apoyo familiar, capaz de cuidar al bebé	Test de Edimburgo	<a href="https://repositorio.unp.edu.pe/bitstream/handle/UNP/1175/CIE-COR-ALV-18.pdf?sequence=1&amp;isAllowed=y">https://repositorio.unp.edu.pe/bitstream/handle/UNP/1175/CIE-COR-ALV-18.pdf?sequence=1&amp;isAllowed=y</a>
18	Anduaga Y, Guerrero R, López M	Depresión postparto como factor asociado al abandono de la lactancia materna	2019	Perú	Español	Analítico, transversal	Science Direct	93 mujeres	20-34	95%, P< 0.05	30,10%	Abandono de la lactancia materna 3,313 IC:95% 1.248-8.792, edad materna > 29 años: 2,794 IC:95% 1,123-6,949	Detección temprana de DPP, proporcionar la lactancia materna	Test de Edimburgo	<a href="https://www.medigraphic.com/pdfs/atefam/af-2019/af193d.pdf">https://www.medigraphic.com/pdfs/atefam/af-2019/af193d.pdf</a>
19	Loor N, Lobo D, Quiroz L, Magallanes Y	Prevalencia y factores de riesgo de la evaluación precoz de la depresión postparto por medio del Test de Edinburgo en el Hospital de Especialidades Marianas de Jesús en el periodo del 1 de marzo al 15 de	2021	Ecuador	Español	Descriptivo, transversal	Science Direct	112 pacientes	15-24	95%, P< 0.05	39,3%	Semanas de gestación al nacer 92 IC:95% 82,1, mujeres jóvenes 20-24: 36 IC:95% 32,1, unión libre 80 IC:95% 71,4, sin empleo 95 IC:95% 84,8, embarazo deseado 26 IC:95% 23,2	Aplicar el Test de Edimburgo	Test de Edimburgo	<a href="https://reclamuc.com/index.php/RECIAMUC/article/view/648/990">https://reclamuc.com/index.php/RECIAMUC/article/view/648/990</a>





**UNIVERSIDAD CÉSAR VALLEJO**

**FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD  
ESCUELA PROFESIONAL DE MEDICINA**

### **Declaratoria de Autenticidad del Asesor**

Yo, BENDEZU QUISPE GUIDO JEAN PIERRE, docente de la FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD de la escuela profesional de MEDICINA de la UNIVERSIDAD CÉSAR VALLEJO SAC - TRUJILLO, asesor de Tesis Completa titulada: "Prevalencia y factores relacionados a depresión postparto en puérperas de la región Latinoamérica. Revisión sistemática", cuyo autor es CASTRAT CHAPILLIQUEN LEONOR ELIZABETH, constato que la investigación tiene un índice de similitud de 13.00%, verificable en el reporte de originalidad del programa Turnitin, el cual ha sido realizado sin filtros, ni exclusiones.

He revisado dicho reporte y concluyo que cada una de las coincidencias detectadas no constituyen plagio. A mi leal saber y entender la Tesis Completa cumple con todas las normas para el uso de citas y referencias establecidas por la Universidad César Vallejo.

En tal sentido, asumo la responsabilidad que corresponda ante cualquier falsedad, ocultamiento u omisión tanto de los documentos como de información aportada, por lo cual me someto a lo dispuesto en las normas académicas vigentes de la Universidad César Vallejo.

TRUJILLO, 28 de Enero del 2023

<b>Apellidos y Nombres del Asesor:</b>	<b>Firma</b>
BENDEZU QUISPE GUIDO JEAN PIERRE <b>DNI:</b> 70407647 <b>ORCID:</b> 0000-0002-5140-0843	Firmado electrónicamente por: GBENDEZUQU el 28- 01-2023 17:21:06

Código documento Trilce: TRI - 0529395